

UNIVERSITÉ DE CAEN
FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1975

N° 230

THÈSE
pour le
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

Monsieur DA ROLD Yves
né le 11 Mars 1948, à VIRE

présentée et soutenue publiquement le 12 JUIN 1975

Titre de la Thèse :

L'AUTISME INFANTILE PRÉCOCE

Président : Monsieur le Docteur POILPRÉ, Professeur

FACULTE DE MEDECINE

PROFESSEURS

MM.	EVRARD	Clinique chirurgicale A
	FABRE	Physiologie
	FERNANDEZ	Physique médicale
	FOUCAULT	Pathologie expérimentale
	GUIHARD	Pédiatrie
	LACROIX	Clinique et pathologie chirurgicale B
	LEMENAGER	Clinique médicale A
	LEVY	Clinique obstétricale
	IHIRONDEL Jean	Clinique médicale infantile
	MOREL Claude	Bactériologie, Virologie
	MORIN	Sémiologie médicale
	OLIVIER	Clinique médicale B
	PHELINE	Anatomie
	POULAIN	Médecine opératoire
	ROUSSELOT	Anatomie pathologique
	SAVINI	Pharmacologie
	VALLA	Médecine générale et thérapeutique
	VILLEY	Clinique médicale C

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM.	DROSDOWSKY	Biochimie médicale
	IZARD	Histologie et Embryologie
	POILPRE	Psychiatrie
	THERET	Histologie et Embryologie
	VENEZIA	Pédiatrie-Génétique

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

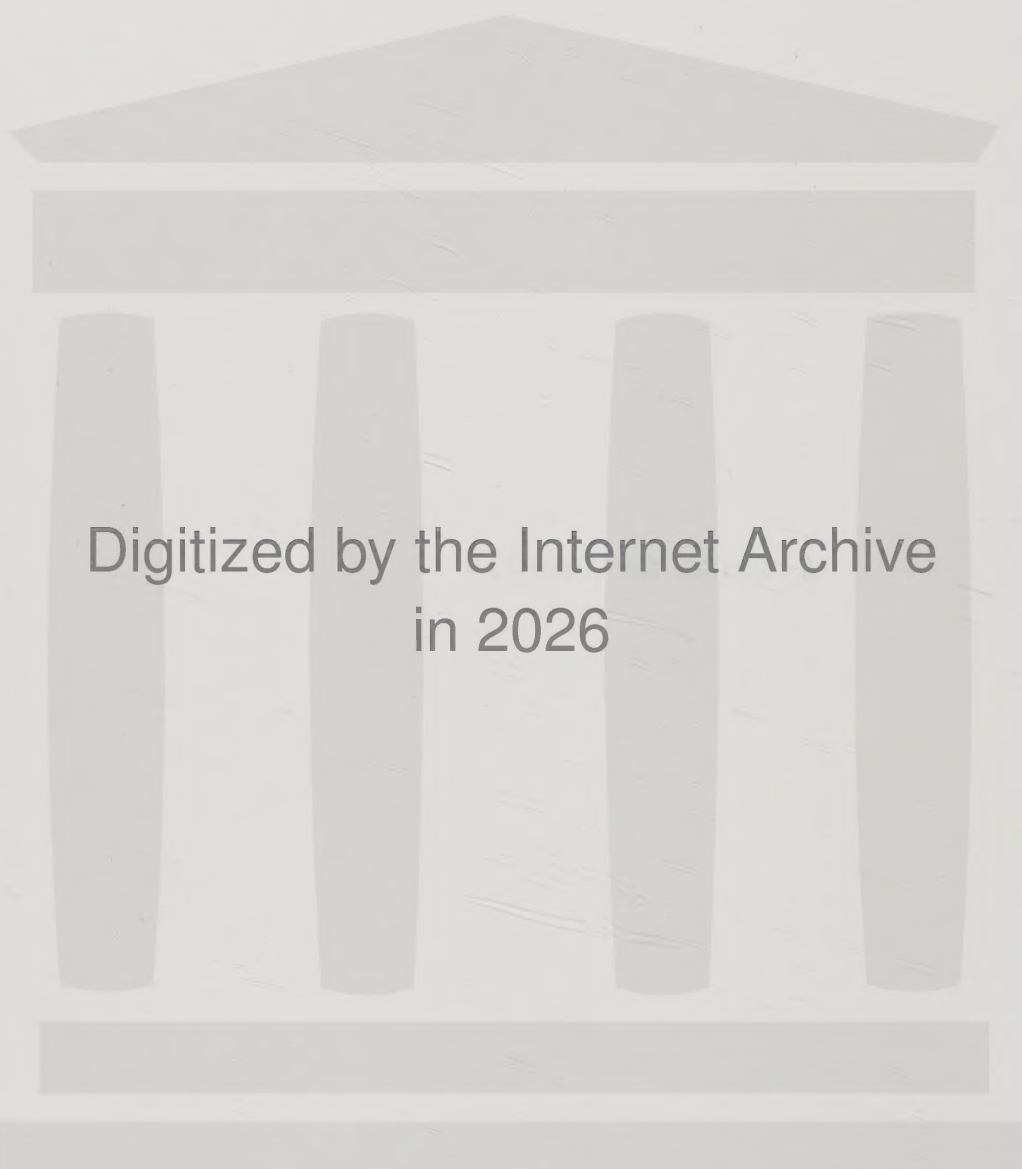
MM.	ADAM	Neuro-chirurgie
	AUBRIOT	Orthopédie, traumatologie
	BAZIN	Thérapeutique, réanimation médicale
	BEUVE-MERY	Médecine interne
	BEZARD	Chirurgie générale
	DAVERNE	Electro-radiologie
Mlle	DENIZET	Radiologie
	DESCHAMPS	Dermatologie
	GAUBERTI	Médecine préventive & sante publique
	GIGNOUX	Chirurgie générale Hygiène
	LECHEVALIER	Neurologie
	LEYMARIE	Biochimie médicale
	LOYAU	Rhumatologie
	MANDARD	Anatomie Pathologique
	MOREL Pierre	Psychiatrie d'adultes
	MOULIN	Pharmacologie
	MULLER	Gynécologie, obstétrique
	POTIER J.C.	Médecine expérimentale
	POTTIER M.	Physiologie
	QUESNEL	Anesthésiologie
	THOMAS	Immunologie, Hématologie
	ABBATUCCI	Radiologie (Maître de conférences associé).



A mon Epouse

A mon fils : Rodolphe

A toute ma famille



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550818_0034

A Monsieur le Professeur POILPRE

Nous avons bénéficié de son enseignement
dans le cadre du C.E.S. de Psychiatrie.

Nous lui adressons l'hommage de notre pro-
fonde gratitude pour l'honneur qu'il nous fait
en acceptant la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Professeur GUIHARD

Nous lui devons, lors d'un stage dans son service, un apprentissage de la pédiatrie.

Nous sommes honorés de le retrouver en cette circonstance.

A Monsieur le Docteur Pierre MOREL
Maître de Conférences Agrégé
en Psychiatrie adulte

—Nous lui devons une partie de notre enseignement de psychiatrie.

Nous avons souvent profité de ses connaissances historiques et artistiques.

A Monsieur le Docteur GIRARD

Médecin-chef du service de Psychiatrie Infantile
à l'hôpital du Bon Sauveur de Caen

Un stage dans votre service est à l'origine de l'élaboration de ce travail.

Notre grand désir est de pouvoir à nouveau bénéficier de votre enseignement dans le cadre de ce service.

Au Personnel du service qui a coopéré à ce travail
et en particulier :

A Mademoiselle SERGENT, Assistante Sociale
dont l'aide nous a été précieuse pour
l'approche familiale.

A Madame HOUSSIN, Secrétaire Médicale, dont
la gentillesse et le dévouement sont re-
marquables.

A Madame COGENT et à toute l'équipe soignante
qui entourèrent Pitou et Dominique de toute
l'affection nécessaire.

A PITOU et à DOMINIQUE

Que nous puissions un jour leur donner
la clef des champs...

I N T R O D U C T I O N

En 1943 sous le titre de "Troubles autistiques du contact affectif" (Autistic Disturbances of Affective Contact) Léo KANNER publiait onze cas d'enfants dont la psychose s'était révélée au cours des deux premières années de la vie.

Le Terme d'Autisme Infantile Précocement apparaît dans les écrits suivant en 1944.

Dans ses premières publications KANNER en faisait une organisation morbide particulière et distincte de la schizophrénie infantile, mais ultérieurement il devait l'y rattacher.

Cette tendance unifiante, non suivie pas tous, est pronée entre autres par MISES R. et DOPCHIE N. qui s'appuient sur des critères de continuité évolutive et de parenté structurale.

Néanmoins dans la classification proposée par le professeur R. MISES l'autisme infantile précoce, bien que rentrant dans le cadre des psychoses précoces évolutives, apparaît comme une entité morbide qu'il faut se garder de confondre avec d'autres manifestations psychotiques à caractères autistiques, ceci par ses caractéristiques tant symptomatiques qu'étiologiques et évolutives.

De plus devant la dilution du concept d'autisme infantile, source de diagnostics erronés, tel que celui de forme de "débilité" revêtant l'aspect autistique, KANNER insiste sur la nécessité d'approfondir l'étude du seul syndrome spécifique de l'autisme infantile précoce, "qu'il soit ou non inclus dans le cadre des schizophrénies infantiles".

C R I T E R E S N O S O G R A P H I Q U E S

- Etude du comportement
- Etude du langage
- Etude du potentiel cognitif
- Evolution et pronostic

Les critères nosographiques décrits par KANNER (1943 - 1949) puis redéfinis et confirmés par d'autres auteurs dont B. RIMLAND (1964), KOUPERNIK et EISENBERG (1969), J. de AJURIAGUERRA, M. BEECKMANS-BALLE, seront la base de cette description de l'enfant autistique. (The specificity of early Infantile autism 1957-1958).

Parmi les symptômes pathognomoniques nous pouvons citer :

1 - L'isolement autistique ("an extreme autistic aloneness") avec absence de toute activité relationnelle.

2 - Les troubles du langage : l'absence d'apparition de tout langage, ou les troubles caractéristiques tels que l'écholalie, l'inversion pronominal, les troubles de la modulation de la voix. Ce langage alors ne peut avoir valeur de communication.

3 - Le besoin compulsif de vivre dans un cadre immuable "The maintenance of sameness", avec des comportements répétitifs et stéréotypés.

Enfin EISENBERG et KANNER insistent sur le bon potentiel cognitif de ces enfants.

-- Nous noterons avant de débiter cette étude détaillée des symptômes que ce syndrome est plus fréquent chez les garçons que chez les filles : 3 à 4 garçons pour 1 fille selon RIMLAND. Sur une étude de 100 cas d'autres retrouvent 10 % de garçons.

L'évolution de l'affection nous permettra cette étude clinique.

Les troubles vont apparaître au cours des deux premières années de la vie.

L'enfant d'apparence normale à la naissance, est parfois alerte et plein de vitalité, d'autrefois apathique qualifié volontiers par les parents de "tranquille".

Le développement neuro moteur est souvent normal, et ce n'est qu'entre le quatrième et huitième mois que l'on pourrait remarquer : l'absence des mouvements habituels d'anticipation avant d'être pris dans les bras, des ajustements du corps pour s'adapter à la personne qui porte. En outre au cours de cette période apparaissent des habitudes motrices, notamment le balancement de tête, le "head banging" (l'enfant frappe rythmiquement et frénétiquement la tête), sur un fond d'apathie et de désintérêt vis-à-vis de l'entourage. Progressivement il semble s'enfermer de plus en plus dans un monde qu'il veut garder immuable aussi a-t-il un intérêt obsessionnel pour certains jouets, pour certains jeux répétitifs et ritualisés (jeux de mains en battement d'aile).

De huit mois à deux ans le tableau de l'enfant autistique va se constituer, avec une absence d'intérêt pour ce qui l'entoure de plus en plus évidente : c'est l'isolement autistique extrême. Celui-ci constitue l'élément central associé de façon plus ou moins évidente selon les cas à un aménagement particulier de l'espace et des activités.

ETUDE DU COMPORTEMENT

L'enfant autistique peut rester immobile pendant de longues périodes, livré à ses stéréotypies ou occupé à ses jeux monotones, ou peut déambuler sans motif apparent. Mais de toute manière le désintérêt total et son évitement ou l'ignorance des stimuli confère à cet "isolement imposé de lui-même" un caractère frappant.

Il ne développe pas de relations même avec ses proches; il agit comme si les autres n'existaient pas, n'accordant aux personnes pas plus d'intérêt qu'il ne le ferait pour les objets inanimés placés sur sa trajectoire. Tel le cas rapporté par EISENBERG et KANNER 1956, d'un petit garçon de 4 ans, qui sur une plage bondée "marchait droit vers son but, sans se préoccuper de ce sur quoi il marchait, que ce fût des journeaux, des mains, des pieds ou des torses ... Tout se passait comme s'il ne faisait pas de distinction entre gens et choses".

L'enfant peut se laisser guider par l'adulte sans participer vraiment. Il peut parfois éluder les mouvements d'approche mais sans qu'il puisse s'agir d'une manifestation d'opposition. Par contre si l'on tente de forcer le contact, l'enfant réagit comme à une intrusion absolument intolérable. Ce repli semble bien avoir une fonction protectrice comme en témoignent les conduites d'agitation, d'automutilation, la recrudescence des stéréotypies qui apparaissent lors de cette intrusion déclenchante d'anxiété.

Si dans l'ensemble ces enfants sont calmes, dociles, ne sortant de leur passivité que lorsqu'on fait irruption brutalement dans leur monde, dans quelques cas ils peuvent être instables, agités, "touche à tout", faisant l'inventaire des objets, mais n'appréhendant le monde extérieur que de façon frag-

mentaire. Néanmoins il n'y a pas lieu de les opposer ni les uns ni les autres n'ayant un réel contact avec l'entourage.

Dans le comportement de ces enfants vis-à-vis de l'adulte un fait important à nos yeux mérite d'être noté, il s'agit de l'intentionnalité du refus. Ainsi le jeune autistique après avoir été apparemment insensible aux incitations d'un adulte peut par la suite se tourner électivement vers ce même adulte, et même réagir sur le même mode que lors d'une intrusion trop forte, si celui-ci joue avec d'autres enfants.

Un mode particulier de contact avec les êtres humains révèle ce même souci d'intentionnalité. Ainsi au départ tout se passe comme si le personnage était investi en tant qu'objet partiel, l'intérêt ne semblant suscité que par une partie de son corps ou par un détail de ses vêtements, pour être par la suite à force de rituels rassurant investi de façon plus globale. Aussi est-il moins inquiétant pour ces enfants de n'appréhender les personnes qu'en tant qu'objets, comme en témoigne le même caractère hédonique de la relation apparaissant dans des manifestations de flairage, d'accolement et d'absorption ; caractère que nous retrouverons au niveau du comportement vis-à-vis des objets.

Toujours au niveau de la relation il nous faut aborder les perturbations dans les échanges par le regard. Ainsi l'évitement du regard signalé par HAWORTH et MENOLASCINO (1968) fut étudié par HUTT et OUNSTED en insistant sur le rôle destructeur que cet évitement du regard a sur le double lien. Mais s'il ne fixe pas une personne du regard, son regard paraît s'accrocher à quelque chose de cette personne, cet intérêt se rapprochant à nouveau de l'intérêt visuel indéniable pour certains objets inanimés.

La plupart des auteurs insistent aussi sur le comporte-

ment vis-à-vis du monde sonore. Le diagnostic de surdité est souvent évoqué mais n'est jamais vérifié par l'examen audiologique. De toute façon nous ne pouvons pas nier que ces enfants entendent. Ainsi très souvent nous notons une discordance entre l'absence de réactions aux appels, aux sollicitations directes, aux bruits violents alors qu'un bruit discret fera retourner l'enfant. De plus l'enfant aime à érafler des surfaces, à taper des objets et est attentif à l'obtention de ces bruits ténus. Ainsi ORNITZ et RITVO attirent l'attention sur le plaisir qu'éprouvent ces enfants à créer des bruits, soit au sein de leur corps (en grinçant des dents) soit à proximité de l'oreille (chiquenaudes données sur l'oreille). Ainsi l'indifférence au bruit doit être comprise dans le cadre de l'ensemble de leur comportement.

De plus ces enfants autistiques, présentent un sens musical très élaboré. PRONOVOST signale la possibilité chez certains de combinaison de vocalisations dans des "phrases musicales". L'un d'eux en outre était capable de reproduire une mélodie en changeant de clef.

Dans le domaine sensitif des observations tendraient à donner une explication d'ordre neuro-physiologique (RIMLAND) à l'élévation du seuil douloureux thermo-algésique.

Nous allons aborder maintenant l'étude de l'aménagement de l'espace et le comportement vis-à-vis des objets ainsi que les stéréotypies et les rituels.

L'aménagement de l'espace est caractérisé par le besoin "incoercible d'établir et de maintenir des repères dont la stabilité fait l'objet de vérifications diverses, plus ou moins ritualisées". C'est l' "insistance on the preservation

of sameness" de KANNER, avec réactions émotionnelles extrêmes lorsque l'on tente de rompre cette immuabilité. Cette caractéristique illustre un autre trait également décrit par KANNER à savoir la "mémoire de routine" (rote memory) ou mémoire photographique, que nous étudierons ultérieurement. Ce désir de l'immuable entraîne la préservation de certains cadres, de certains types de situation ou de certains déroulements des actions. Nous retrouvons ce caractère dans les bizarreries alimentaires : choix d'un seul type d'aliment, de certains récipients, ustensiles, ou d'un certain type de présentation des plats ; et aussi dans les rituels du coucher. Les routines de la vie journalière doivent donc se ressembler, rester identiques à elles-mêmes, et provenir d'un besoin inévitable de structuration.

Un accord semble quasi général : l'enfant autistique préfère les objets aux êtres humains. Néanmoins un fait rapproche son comportement vis-à-vis de l'homme et celui vis-à-vis des objets, c'est la méfiance à l'égard de tout élément nouveau. Cette méfiance nous permet d'évoquer le comportement des enfants placés dans des conditions "expérimentales" de carence affective et cognitive -hospitalisme-. Ainsi peut on voir une analogie entre ce comportement de l'enfant autistique qui touche précautionneusement l'objet puis retire aussitôt sa main avec le "cube brulant" décrit par GESELL et AMATRUDA.

De nombreuses stéréotypies apparaissent dans la manipulation des objets mais aussi au niveau gestuel. Ainsi les conduites de tapotement, de maintien frénétique dans la main, de flairage ou de léchage de l'objet entrent fréquemment dans la description de ces stéréotypies. De plus certains d'entre eux présentent une prédilection pour les objets mécaniques qui rendent facile le jeu répétitif. Il s'agit alors de manipulation de ficelles, de l'eau, du sable, de caillou. L'enfant joue à faire disparaître et réapparaître ces objets, ou s'adonne à des actes

réitérés avec les interrupteurs ou les robinets. Les stéréotypies gestuelles sont aussi remarquables et les jeux avec les mains rappellent aussi ce que l'on observe chez les nourrissons en état de carence psychologique. Ils imposent à leurs doigts des positions les plus invraisemblables, ou les promènent à courte distance devant les yeux, ou semblent les flairer. L'on a décrit aussi chez ces enfants des mouvements de "battement d'ailes" (flapping) accompagnant souvent une marche sur la pointe des pieds, ainsi que le tournolement (whirling). Si certains cérémoniaux divers, tics, et gestes itératifs variables d'un cas à l'autre donnent à chaque enfant une allure particulière et étrange ; les balancements ou les mouvements auto et hétéro-agressifs n'ont pas eux ce même caractère d'étrangeté. Ces comportements témoignent d'une grande adresse motrice et d'une bonne habilité manuelle. Et ainsi l'investissement de certaines manipulations conduit à des performances d'un niveau élevé. Celle qui est le plus souvent citée est la capacité, parfois étonnante, requise dans la combinaison parfaite et rapide des pièces d'un puzzle ; cette même capacité est retrouvée dans des jeux de construction ou des jeux de patience. Mais cette activité très circonscrite se répètera de façon monotone car il ne semble y avoir aucune considération pour son contenu ou sa valeur représentative.

L'ensemble de ces rituels, ces performances dans certains domaines, ce désir d'immuabilité nous amènent à aborder la capacité mnésique de ces enfants. De HIRSCH insiste sur la faible durée de la rétention mnésique de ces enfants néanmoins de nombreux auteurs dont KANNER en premier signalent l'extraordinaire mémoire de routine "rote memory". Certaines épreuves de reproduction d'ensembles ainsi que les autres manifestations itératives permettent d'apprécier cette capacité mnésique inhabituelle. Et alors à l'encontre d'EISENBERG et de KOUPERNIK l'on s'aperçoit que les images ne sont pas reconnues toujours en tant que phénomène global, non signifiant, "car certains enfants sont capables d'identifier à l'intérieur d'un groupe, représenté sur image, un personnage particulier qu'ils font disparaître et réapparaître".

ETUDE DU LANGAGE

Les troubles du langage, comme l'indique dès le début L. KANNER, font partie de la symptomatologie de l'autisme infantile et en fonction de leur gravité, de nombreux auteurs s'accordent sur la possibilité de pronostic sur l'avenir de la personnalité de cet enfant autistique.

Rappelons tout d'abord les trois points mis en valeur par KANNER.

a - ces enfants ont un retard considérable ou une absence de langage.

b - le pronostic est fonction de l'apparition ou de la non -apparition du langage.

c - le langage est vicié à la base, "baffling use of language", en ce qui concerne sa fonction communicative interpersonnelle.

Ces aspects seront repris et développés par RIMLAND. Aussi prendrons-nous pour type de description celle faite par ce dernier.

Les mots sont appris avec une grande rapidité dans le cas où l'enfant a un langage précoce et quelquefois l'enfant trouve soudainement un usage de phrases complètes à 1 an.

Les mots habituels sont énoncés entre 7 et 12 mois "mama" "dada" "spoon" "hungry" "done" "ball".

Le langage est généralement non communicatif, sembla-

ble au "monotonisme du perroquet" ; le chuchotement est habituel.

La dénomination d'objet est connue mais les questions ou les réponses sont rares ou absentes.

De KANNER, RIMLAND reprendra les différentes caractéristiques de ce langage :

- l' "affirmation par la répétition", qui est indiqué en répétant la phrase.
- l' "inversion pronominale".
- la "littéralité" ("down for floor" : "en bas" signifiant "le sol").
- la "substitution métaphorique" ("Don't throw the dog off the balcony" signifiant "No" - sa mère ayant employé cette phrase longtemps auparavant pour le dissuader de laisser tomber un chien-jouet du balcon d'une gare -).
- "part-whole confusion", il s'agit de métonymies : transfert de signification par analogie, par généralisation (le tout pour une partie) ou par restriction (la partie pour le tout).
- enfin l' "écholalie différée", ainsi un des enfants disait de façon réitérée aussi bien le jour que la nuit : "It's all dark outside".

Mais seulement la moitié de tous les enfants autistiques sont capables de parler, les autres étant soit "muets" (nous dirons plutôt "mutiques") ou ne parlant que de temps en temps.

Une étude moins littérale de ce langage s'impose. Nous verrons alors une opposition constante entre les tenants de l'organicité et ceux de la psychogenèse.

Ainsi les premiers rapprochent du cadre de l'aphasie congénitale le fait que l'enfant autistique, "n'est pas capable de comprendre la valeur médiatisante, du langage, appel, expression, symbole" ; ou aussi du cadre des dyslexies (confusion des catégories opposées) devant l'utilisation des antonymes ou plutôt des confusions en miroir au sein d'un couple (rouge au lieu de vert, carré au lieu de rond).

Pour les tenants de psychogenèse il s'agit d'une démarche intentionnelle, "l'enfant ne veut pas parler, il n'en sent pas le besoin".

Revenons à l'inversion pronominale. Ainsi même si l'évolution peut apparaître rapide, sur le plan de l'enrichissement du vocabulaire et l'adaptation de la syntaxe, il persiste longtemps une "incapacité à manier les pronoms personnels - le "vous" ou "tu" étant employés pour "je" (qui est absent du discours).

JASSAUD reprenant l'observation de Marcia montre qu' "il apparaît clairement qu'en ce qui concerne l'usage des pronoms ou de leurs représentants, un progrès se fait".

Aussi l'absence du "je" ne se réduit-il pas dans le discours de ces enfants à son remplacement par le "tu". Il semble alors apparaître une hiérarchie dans l'emploi de différentes formes de signifiant :

- Forme apronominale (comme chez l'enfant au début du langage) où le locuteur n'est pas, même pas un autre.

Elle permet à l'enfant de ne pas s'impliquer, il existe quand même, mais il signifie qu'il n'est pas là.

- "il" ensuite équivaut à signifier celui qui n'est pas là, l'autre, donc l'absence.
- le prénom donné par les parents où le sujet se reconnaît : "essai timide d'assomption par le locuteur de son prédicat mais en tant que sujet de l'autre".
- "tu" transition entre le "il", le nom et le "je". Il y a donc accès à un signifiant dont le référent est sûrement de l'ordre humain ; signifiant qui fait rapport, l'étude de BENVENISTE le montre, à celui à qui l'on s'adresse et l'autre à "celui qui parle".

Telle est la conception de JASSAUD qui pense que tout se passe comme si l'enfant se conduisait en linguiste chevronné, comme si possédant parfaitement la langue et ses subtilités, il savait où se mettre dans son discours pour ne pas avoir à en répondre. Ceci semblant être confirmé par le fait qu'ayant atteint un des stades décrits, il peut très bien revenir à des stades antérieurs. Ainsi Joey abandonna par deux fois le "je".

Pour BETTELHEIM du langage normal Joey était passé au langage autistique ce qui pour lui ressort bien d'un choix "Du fait que Joey vivait dans un tel vide affectif, son langage était devenu abstrait, dépersonnalisé, détaché...".

Pour R. DIATKINE cette inversion pronominal est interprétée comme une identification au "tu" par où l'adulte désigne l'enfant dans la conversation courante.

L'écholalie soulève elle aussi de vives controverses.

De HIRSCH (cité par RUTTER) insistant sur la faible durée de la rétention mnésique de ces enfants permet à KOUERNICK et EISENBERG de renforcer leur conviction qu'il s'agit d'une écholalie et non d'une métalalie (répétition à distance). Pour d'autres par contre il s'agit bien d'une métalalie ayant valeur d'affirmation et d'identification à l'interlocuteur, car il n'y a pas toujours une répétition immédiate, limitée aux derniers phonèmes mais une formulation différée pouvant comporter une phrase complète.

BETTELHEIM de plus remarquait que "si nous étions en présence d'une simple écholalie, il devrait lui être aussi facile de répéter, "Je veux du lait" que de répéter "tu veux du lait" ; ce qui n'est pas le cas".

KOUERNICK et EISENBERG contredisent cette interprétation, niant par cela l'intentionnalité. Cependant ils admettent que l'un des auteurs (RUTTER), qu'ils citent en leur faveur, ne constate que rarement chez les aphasiques congénitaux (il serait plus exact dans ce contexte de parler d'audi-mutité congénitale) l'écholalie, l'inversion pronominal et ils constatent surtout que les aphasiques tendent à compenser leur impossibilité à communiquer verbalement par une mimique et des gestes appropriés.

Le refus d'utiliser le "oui" alors que le "non" est depuis longtemps acquis mérite également d'être cité. Nous touchons ici à des phénomènes qui méritent d'être envisagés autrement que sous l'angle étroit d'une perturbation d'ordre linguistique tant ils sont révélateurs d'un trouble global de la personnalité allant de pair avec un aménagement significatif de la relation à autrui. Ainsi lorsqu'il y a absence totale du

langage il s'agirait d'un désintérêt massif pour les échanges avec les personnages humains.

Outre le langage d'importantes études ont été faites sur la voix de ces enfants, PRONOVOST signale le mauvais contrôle des organes phonatoires bucco-pharyngés et les troubles de la composante respiratoire. Il y a également des variations déconcertantes d'intensité et une utilisation de fréquences élevées de l'ordre de 2.500 cycles.

GOLDFARB suppose pour sa part, une impossibilité d'utilisation du réflexe circulaire de Baldwin qui permet dans la ligné normale du développement le contrôle de la voix établi vers l'âge de six mois.

En fait nous n'avons pas besoin de glottogramme pour reconnaître l'aspect phonologique de la parole de ces enfants, fait "d'une mélodie particulière dans le ton, le timbre, l'intensité, le rythme et la modulation...".

R. DIATKINE et D. KALMANSON ont aussi relevé la présence de désordres particuliers du langage : il s'agit de mélodies rythmées (sans sens, mais comportant un caractère expressif) d'idioglossies, d'altérations jubilatoires, de doublement ou triplement de consonnes et voyelles.

Il existe aussi certains rituels au niveau du langage consistant à commettre des erreurs et à les rectifier ou en l'utilisation d'un langage chiffré.

Il nous faut aussi noter la complaisance de certains de ces enfants dans l'apprentissage d'une langue étrangère et la possibilité pour d'autres de lire à haute voix sans compréhension apparente de la signification des mots, et que d'autres écrivent mais ne parlent pas.

ETUDE DU POTENTIEL COGNITIF

En dehors de leurs bonnes aptitudes motrices et manuelles, leurs mouvements gracieux et rapides, leur coordination motrice fine, L. KANNER insistait sur l'existence d'un bon potentiel cognitif. Mais s'il avait tendance à considérer que l'intelligence était normale, c'était surtout en se fondant sur l'aspect éveillé de leur visage et leurs performances non verbales.

RUTTER s'appuyant sur l'étude menée au Maudsley Hospital, affirme que le Q.I. établi chez l'enfant constitue le meilleur indicateur du pronostic. Selon cette étude 40 % étaient intestables ou avaient un Q.I. inférieur à 50 ; 30 % avaient un quotient entre 50 et 69 et 30 % un quotient de 70 et plus. Ceci démontre qu'on ne saurait réduire l'autisme à la débilité mentale d'autant plus que les particularités du comportement autistique ne font pas partie de la clinique habituelle de la débilité. Dans cette étude du Q.I. les résultats les plus mauvais avaient trait aux tests verbaux et à ceux exigeant un raisonnement logique ; en revanche les tests de mémoire ou d'assemblage étaient souvent réussis.

BETTELHEIM et RIMLAND affirment que les enfants autistiques ont une intelligence normale : bien que ce dernier soit l'auteur d'une pathogénie neuro-physiologique -comme nous le verrons ultérieurement-.

EVOLUTION ET PRONOSTIC DE L'AUTISME INFANTILE PRECOCE

L'évolution du langage présente une valeur pronostique par rapport à l'adaptation ultérieure.

Ainsi EISENBERG a rapporté de bien meilleurs résultats pour les enfants autistiques non mutiques : "Il apparut bientôt que les résultats étaient bien plus mauvais chez les enfants qui avaient été isolés du contact humain à un point tel que leur faculté de communiquer par la parole ne s'était pas développée ou, si elle s'était développée, avait été perdue. Si nous prenons l'âge de cinq ans comme ligne de partage, nous obtenons trente-cinq enfants qui parlent et trente et un qui ne parlent pas ... Ainsi seize des trente-deux enfants qui possèdent un langage utile à l'âge de cinq ans sont parvenus à une adaptation sociale moyenne ou bonne alors qu'un seul, parmi les trente et un enfants qui ne parlaient pas, y est parvenu. (EISENBERG, 1956).

BETTELHEIM, bien que ses résultats soient beaucoup plus favorables que ceux de EISENBERG, et EISENBERG et KANNER, admet que le pronostic est "en rapport étroit avec la disposition que manifeste l'enfant à parler".

Ainsi BETTELHEIM rapporte 42 % de "bons" résultats contre 5 % pour EISENBERG, 37 % de résultats "moyens" contre 22 %, et surtout alors que EISENBERG trouvait 73 % de "mauvais" résultats BETTELHEIM n'en dénombrerait que 20 %. Ce dernier explique cette différence en justifiant qu'il donne "à l'enfant autistique une chance de guérir - même si nous admettons que cette chance est encore limitée - grâce à un traitement intensif en institution".

Dans cette classification d'EISENBERG - reprise par

BETTELHEIM - par "mauvais" résultats les auteurs entendent un malade qui n'est pas vraiment sorti de son autisme, dont l'activité présente est très mal adaptée, et caractérisé par une "débilité mentale" apparente et/ou un comportement très perturbé. "Moyen" qualifie un malade qui est capable d'aller en classe, à un niveau compatible avec son âge et qui a un certain contact chargé de sens avec les gens mais qui manifeste des traits de personnalité schizoïde.. "Bon" est un malade qui se débrouille bien sur les plans académique, social, et communautaire, et qui est accepté par les autres, même si sa personnalité reste plutôt bizzare.

J. de AJURIAGUERRA apporte quelques restrictions à ces données pronostiques. Ainsi pour lui est-il probable "que le pronostic de l'autisme est défavorable chez un enfant qui n'a pas acquis le langage malgré une rééducation et une psychothérapie, mais on ne peut pas dire, réciproquement, que le fait d'acquérir tôt le langage ou de parler plus ou moins bien avant l'âge de cinq ans permet de faire un pronostic favorable".

M. BEECKMANS-BALLE a analysé certaines données qui sur le plan clinique, semblent avoir une valeur prédictive quant à l'évolution de l'affection.

Cette étude faite chez des patients ayant dépassé l' "âge critique de 5 ans", (21 patients) entraîne la subdivision en trois groupes qui sont fonction :

- a - de l'apparition ou non du langage et de sa valeur relationnelle.
- b - du niveau de fonctionnement sur le plan intellectuel.
- c - de l'adaptation sociale.

Le premier groupe comprend 4 patients dont l'évolution peut être considérée comme très favorable. "Leur langage est normal, leur intelligence est bonne et même supérieure, leur niveau scolaire est normal. Leur adaptation sociale est satisfaisante. Il persiste cependant chez ces patients des séquelles psychopathologiques : contact social pauvre, anxiété et besoin compulsif d'accumuler diverses collections". D'un point de vue évolutif nous notons des divergences notoires vis-à-vis des autres groupes. Ainsi dans ce groupe les premiers mots relationnels apparaissent assez tôt (3 ans 1/2). Les troubles du langage comme l'écholalie notamment disparaissent assez vite ; le langage devenant pratiquement normal vers 7 ans. De plus les examens psychologiques ont pu être pratiqués assez tôt, démontrant le bon potentiel cognitif de ces enfants. Un autre élément particulier à ce groupe est que ces enfants n'ont jamais été sévèrement hyperactifs -même s'ils ont présentés des périodes d'excitation motrice-. Et surtout dès que se sont annoncés chez eux les processus de prise de conscience du monde extérieur et secondairement d'apprentissage, la plupart des signes autistiques se sont amendés. Mais très souvent dans ce groupe d'évolution favorable le comportement s'organise sur un mode obsessionnel.

Le deuxième groupe comporte 11 patients "qui ont acquis un langage relationnel, mais qui fonctionne de manière déficitaire et/ou dysharmonique. Ils n'ont pu s'intégrer qu'en enseignement adapté. Chez certains, les signes de la lignée autistique sont peu marqués ; chez d'autres persistent des comportements maniérés et stéréotypés qui leur confèrent un aspect psychotique". Dans ce groupe les premiers mots relationnels apparaissent vers 4 ans environ. L'écholalie persiste pratiquement dans tous les cas à des degrés divers mais elle peut prendre une valeur relationnelle. Les activités ludiques observées dans les premières années sont plus primitives que dans le groupe précédant. Chez les patients testables le quotient est limité ou bas. Enfin en opposition aussi avec l'autre groupe

ils sont ou ont été hyperactifs et très labiles - "leur activité est ou était discontinue, avec des ruptures fréquentes du contact". Par ailleurs, chez tous persistent des signes de la lignée autistique qui coexistent avec des comportements normaux conduites d'évitement sensoriel, manières.

Enfin le troisième groupe comprend les 6 patients qui n'ont acquis aucun langage. "Certains présentent une légère amélioration de leur comportement social. Chez les autres, l'expression clinique est celle d'une détérioration". Leurs activités stéréotypées ont été ou restent extrêmement peu variées. Les tests - épreuves non verbales - lorsqu'ils ont pu être effectués et interprétés semblent traduire un fonctionnement intellectuel profondément déficitaire.

Ainsi l'évolution présente toutes les variantes possibles entre deux modalités extrêmes (les pourcentages étant très divers selon les auteurs).

En général plus de la moitié (60 à 70 % pour RUTTER) restent très déficitaires, arrivés à l'âge de l'adolescence ; avec pour les moins évolués persistance de l'autisme - absence totale de contact, augmentation des stéréotypies et des activités ritualisées -.

Dans les cas favorables, une scolarisation, un avenir professionnel sont possibles, bien que très souvent sous le couvert d'une obsessionalisation.

Nous noterons qu'il est exceptionnel de voir évoluer l'autisme vers un tableau de schizophrénie. Il est donc peu probable qu'il s'agisse d'une seule et même maladie.

Rappelons enfin que dans environ un sixième des cas (selon RUTTER) ces enfants d feront des crises convulsives.

D I A G N O S T I C D I F F E R E N T I E L

- Privation maternelle
- Dépression anaclitique
- Psychoses symbiotiques
- Schizophrénie Infantile
- Autres désordres
- Associations

Dès maintenant l'approche d'un diagnostic différentiel s'avère nécessaire afin de démarquer l'autisme infantile précoce de toute une pathologie présentant certaines analogies entraînant souvent une confusion ou une extension abusive.

I - PRIVATION MATERNELLE (R.A. SPITZ)

Elle englobe trois types de privations.

Tout d'abord, la privation maternelle engendre un manque d'amour, de contact humain, et d'interaction sociale, en second lieu une absence de nouveauté, résultat d'un environnement monotone et ennuyeux et enfin elle entraîne un déficit sensoriel (auditif, visuel, kinestésique et tactile).

Ces enfants présentent un retard uniforme dans l'acquisition d'une habilité motrice et du langage ainsi que dans l'utilisation des jouets.

De plus les activités stéréotypées de ces enfants (balancement, position des mains) peuvent être interrompues plus facilement que chez l'enfant autistique. Et contrairement à ce dernier ils ont un contact visuel avec l'adulte.

Quand les conditions de privation sont supprimées ces enfants font des progrès significatifs, ainsi lorsque le langage est acquis il n'a pas les caractéristiques du langage autistique.

II - DEPRESSION ANACLITIQUE (R.A. SPITZ)

Comme le syndrome précédant la dépression anacritique est accompagnée d'un retard du développement et de troubles de la relation. Cette dépression anacritique survient alors que pendant les six premiers mois il y avait une bonne

relation avec la mère, les trois mois suivant correspondant à une séparation d'avec celle-ci.

Le syndrome évolue de cette façon :

Premier mois : les enfants deviennent pleurnicheurs, exigeants et ont tendance à s'accrocher à l'observateur lorsqu'il réussit à établir le contact avec eux.

Deuxième mois : les pleurs se transforment souvent en gémissements plaintifs. Une perte de poids s'amorce. Il y a arrêt du quotient de développement.

Troisième mois : les enfants refusent le contact. Ils restent la plupart du temps couchés à plat ventre dans leur berceau, ce qui est un signe pathognomonique. L'insomnie se déclare... la perte de poids continue. Généralisation du retard moteur. Commencement de la rigidité faciale...

Après le troisième mois le retard moteur s'aggrave et fait place à la léthargie.

Les symptômes moteurs et ceux relatifs à la perception caractéristiques de l'autisme n'apparaissent donc pas et le défaut de relation à l'adulte est caractérisé par une apathie et un retrait extrême davantage que par le manque d'implication que l'on rencontre chez l'enfant autistique.

III - PSYCHOSES SYMBIOTIQUES (M. S. MAHLER)

Au début de la psychose une différenciation peut être effectuée mais par la suite une super position des symptômes et des mécanismes survient ne permettant la distinction de cas purs que très rarement. Rétrospectivement le diagnostic

différentiel sera fait par l'appréciation de la relation mère-enfant.

Ainsi le bébé autistique se comporte de façon différente au cours de la période de "nursing" par rapport à l'enfant normal ou à l' "enfant symbiotique". De plus la psychose symbiotique ne peut être souvent décelée que lorsque la conscience de la séparation de l'image de la mère plonge cet enfant dans un état de panique anxieuse.

IV - SCHIZOPHRENIE INFANTILE "Childhood Schizophrenia"

Dans la schizophrénie il y a une période où il n'y a pas de désordre mental, alors que dans l'autisme dès le début de la vie il y a un important retrait vis-à-vis du monde extérieur, et un maintien de relation avec les objets. L'évolution de l'autisme infantile permet aussi de différencier de la schizophrénie infantile, car il y a une émergence progressive hors de la solitude, le langage peut devenir plus communicatif, et des occupations obsessionnelles subsistent. Et au cours de l'autisme infantile précoce l'on ne note pas de délire ou d'hallucinations.

V - AUTRES DESORDRES

1 - Les troubles instrumentaux

Dans une première éventualité les troubles de la personnalité sont méconnus, on évoque alors :

- une surdité ou une hypoacousie
- une audimutité
- des dyspraxies
- ou des troubles de la série dyspractognosique

Le plus souvent loin de se trouver devant un choix simple, opposant les troubles instrumentaux à la psychose on est conduit à discuter la signification de tableaux intriquant des perturbations évolutives graves de la personnalité et des troubles perceptivo-moteurs ou instrumentaux complexes.

Il apparaît même que certaines dysphasies, certaines audimutités, à forme d'aperception auditive, certaines dyspraxies-constructives, impliquent obligatoirement une perturbation globale de la personnalité dont le diagnostic demeure incertain.

a - Surdité ou hypoacousie sont souvent envisagées devant une absence ou un retard du langage et aussi devant le désintérêt vis-à-vis de tous les bruits environnants. Même une investigation minutieuse ne permet pas toujours de trancher. Néanmoins nous notons chez les enfants autistiques une certaine discrimination parmi les bruits non entendus et entendus - des bruits violents pouvant le laisser indifférent alors que d'autres plus fins peuvent être perçus-.

b - L'audimutité est aussi à différencier de l'autisme. Il y a alors une absence de langage (l'intelligence étant normale ou subnormale), sans troubles de l'audition, chez un enfant ayant vécu dans un contexte de stimulations normales. Ces enfants entendent, comprennent mais ne parlent pas. Ils ont de ce fait, des troubles importants de la relation, différents de ceux observés au cours de la psychose. Cette compréhension du langage est normale si on se limite à la compréhension des ordres simples et des idées concrètes. De plus il existe des perturbations associées ; troubles moteurs à prédominance bucco-faciale, troubles de reproduction de structure rythmique, déficience aux tests perceptivo-moteurs.

c - Nous rencontrons la même difficulté de différenciation à propos de l'audimutité avec trouble de la compréhension, ou surdité verbale congénitale. Ainsi ces enfants ont une expression verbale faite soit d'un jargon indifférencié ou de mots isolés ou juxtaposés ; la répétition est imparfaite, les consignes sont incomprises, par contre la labio-lecture facilite la répétition en écho. La compréhension du langage est nulle ou très limitée. Indifférent à la voix, l'enfant est cependant sensible à d'autres incitations, à l'opposé de ce qu'on observe dans l'autisme.

En fait déjà au niveau de l'audimutité avec compréhension et sans compréhension une difficulté d'appréciation existe, entraînant parfois l'emploi du terme (impropre en fait) d'aphasie congénitale auquel se trouve quelquefois rattaché l'autisme infantile précoce.

2 - Les encéphalopathies

a - Amino-acidopathies

- L'idiotie phenyl-pyruvique ou phenylcetonurie.

Le retard mental n'existe pas à la naissance, il s'accroît en l'absence de traitement. Le comportement de ces enfants est associatif, agité, impulsif et agressif.

Le test de Guthrie permet de faire le diagnostic.

- L'histidinémie

Ces enfants présentent des troubles du langage : trouble de la motilité linguale et aussi troubles de l'organisation du langage -dyssyntaxie. (l'acuité auditive

serait bonne, mais il semble exister un déficit des centres auditifs temporaux). Le Q.I. est normal dans plus de la moitié des cas. L'on note aussi l'existence de convulsions.

Dans le sang et les urines le taux d'histidine est élevé.

b - Sphingolipidose

Le comportement des enfants ayant une maladie de Tay-Sachs (Idiotie Amaurotique Infantile précoce) présente certaines analogies avec celui des enfants autistiques. Ainsi les premiers signes surviennent en période néo-natale - réaction de sursaut au bruit, pathologique -. Ce signe taxé abusivement d'hyperacousie va précéder l'apparition des autres signes de six à huit mois en particulier l'amaurose et des signes neurologiques avec regression psychomotrice, quadriparésie et megaloencéphalie avec augmentation du périmètre cranien.

3 - L'Hydrocéphalie

Elle peut simuler un comportement d'enfant autistique. Ainsi si l'évolution est rapide, l'enfant est prostré, indifférent, très somnolent. Cette somnolence est parfois entrecoupée de cris du "type hydroencéphalique".

Il refuse le biberon ou le vomit - l'enfant a peu d'activité coordonnée - Mais nous notons en plus de ces troubles du comportement, une augmentation du volume du crane, des signes généraux et neurologiques variables : possibilité de convulsions et troubles du tonus (contraction des membres inférieurs), réflexes vifs polycinétiques.

4 - Le diagnostic des démences secondaires à des atteintes dégénératives, aux encéphalites infectieuses, aux leuco-encéphalites se fera sur les critères évolutifs. Le déficit dans ces cas est rapidement global, survient après une phase de développement normal, et devient irréversible et d'autant plus marqué que le sujet est jeune.

L'anamnèse, l'association des signes neurologiques sont en général évocateurs.

VI - Pour certains auteurs : ORNITZ, WING J.K. et WING L., KILVIN ... l'ARRIERATION MENTALE, les SUNDROMES ORGANIQUES CEREBRAUX, et l'EPILEPSIE peuvent coexister avec l'autisme infantile.

Ainsi bien que nous nous devions de distinguer l'autisme de l'arriération mentale, l'étude du Q.I. montre un certain déficit.

La majorité des enfants autistiques qui sont "retardés" présenteraient des troubles cérébraux. Bien que ces auteurs le différencient de la démence de HELLER qui présente un processus dégénératif, ils pensent que l'autisme infantile précoce survient dans la moitié des cas associé à des séquelles de complications pré ou périnatale, à la fibroplasie rétro-lentale, phénylcétonurie, et rubéole congénitale.

Le diagnostic d'épilepsie et surtout d'absences du petit Mal pourrait être porté devant les postures momentanées ou le regard fixe. L'électroencéphalogramme est donc nécessaire pour éliminer ce diagnostic. Mais à nouveau une association à l'épilepsie semble possible. Ainsi selon certains 35 % auraient des crises comitiales entre 11 et 19 ans, alors que l'E.E.G. et l'examen neurologique étaient normaux plus précocement.

P A T H O G E N I E

- Facteurs organiques
- Troubles des afférences et des efférences. Problèmes des récepteurs
- Théories psychodynamiques
- Notion de pathogénie parentale

Les prises de position successives de L. KANNER vis-à-vis du concept de l'Autisme Infantile, considéré tout d'abord comme un trouble inné du contact affectif puis comme le résultat d'une "réfrigération affective" ont introduit une dispersion marquée des conceptions pathogéniques.

Aussi prendrons-nous maintenant en revue les différentes conceptions.

I - LES FACTEURS ORGANIQUES

a - Facteurs héréditaires

Les études sur les jumeaux univitellins n'apparaissent pas concordantes. RIMLAND qui a étudié 14 cas de jumeaux dont 11 monozygotes, rapporte qu'ils présentent tous un tableau autistique, aussi voit-il ici une des preuves les plus solides pour le caractère inné de l'autisme. D'après MICHAUX et DUCHE quand un enfant est atteint, l'autre l'est dans 2/3 des cas au moins, même s'ils sont élevés séparément dans des milieux différents.

Par contre RUTTER, KAMP et VAILLANT, chacun dans leur étude rapportent des cas de paires discordantes au niveau de l'autisme.

Donc il n'y a pas aux thèses de l'hérédité, d'éléments probants.

b - Antécédants pathologiques organiques

Les différents travaux montrent à nouveau certaines discordances et qui plus est nous pouvons nous demander si ce n'est pas une extension abusive que d'inclure dans l'autisme infantile précoce des maladies organiques patentées.

La grossesse est jugée anormale dans moins de 15 % des cas. L'accouchement est dystocique de façon très variable.

L'existence d'une atteinte encéphalopathique reconnue dès les premiers mois constitue une éventualité rare.

Les antécédents convulsifs précoces sont notés et L. KANNER fait remarquer que ces enfants peuvent présenter des crises épileptiques extériorisées le plus souvent tardivement.

Les maladies infectieuses apparaissent également d'une particulière fréquence.

Alors que ces manifestations organiques sont envisagées par certains comme des facteurs favorisants ou déclenchants d'autres y voient les premières manifestations de la psychose se situant à la convergence des facteurs relationnels et du terrain.

De nombreuses investigations métaboliques, biochimiques et hématologiques sont entreprises. L'aspect fragmentaire et éparpillé de ces recherches ne permet pas jusqu'alors d'abonder dans le sens de ces découvertes.

Ainsi certains travaux portent sur le métabolisme de la sérotonine et l'augmentation du taux des plaquettes sanguines (RITVO). D'autres auraient mis en évidence une excrétion urinaire de bufoténine chez les sujets atteints d'autisme infantile tout comme chez les adultes schizophrènes (HIMWICH H.E.). Une diminution de l'utilisation de la piridoxine apparaîtrait aussi lors d'une charge en tryptophane.

II - TROUBLES DES AFFERENCES ET DES EFFERENCES.

PROBLEMES DES RECEPTEURS (J. de AJURIAGUERRA).

Une hypothèse d'ordre sensoriel-perceptuel est ébauchée par ANTHONY. Dans l'autisme primaire la barrière constitutionnelle est anormalement épaisse et isole l'organisme de façon indiscriminée de toute stimulation (ceci d'autant plus si de surcroît la mère n'est pas aimante). Dans l'autisme secondaire la barrière est supposée être trop mince et l'enfant surstimulé élabore secondairement une barrière psychotique "de défense".

Dans un autre travail ANTHONY formule le concept des 3 "a" (privatifs)

- 1 - a-génésie : état constitutionnel d'un défaut d'équipement tel qu'il ne permet ni le dialogue, ni l'intégration.
- 2 - a-cathexis : (impossibilité de cristallisation de la pulsion sur un objet), s'expliquant soit par un défaut de disposition de l'enfant, soit par un manque de réponse du "candidat-objet" soit par la conjonction des deux mécanismes.
- 3 - a-dualisme : en fait ce concept semble répondre plus au cadre clinique de la psychose symbiotique.

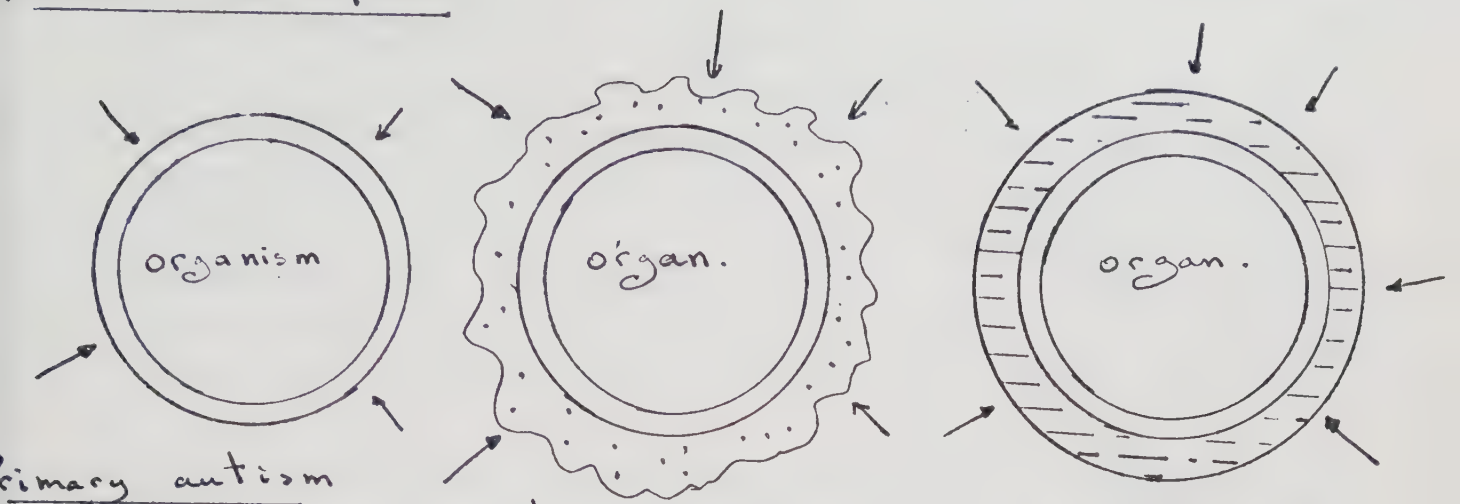
GOLDFARB s'est attaché aussi à l'étude de la "désorganisation des récepteurs". Il met ainsi en évidence l'évitement de l'emploi des récepteurs à distance (vision et audition) et l'usage plus fréquent des récepteurs proximaux (toucher, goût, odorat). Pour lui ces enfants présenteraient des limitations intrinsèques dans les capacités perceptives et intégratives comme résultat des dysfonctionnements cérébraux, et des limitations extrinsèques dans les réactions de l'environnement pour renforcer leur comportement.

The barrier hypothesis.

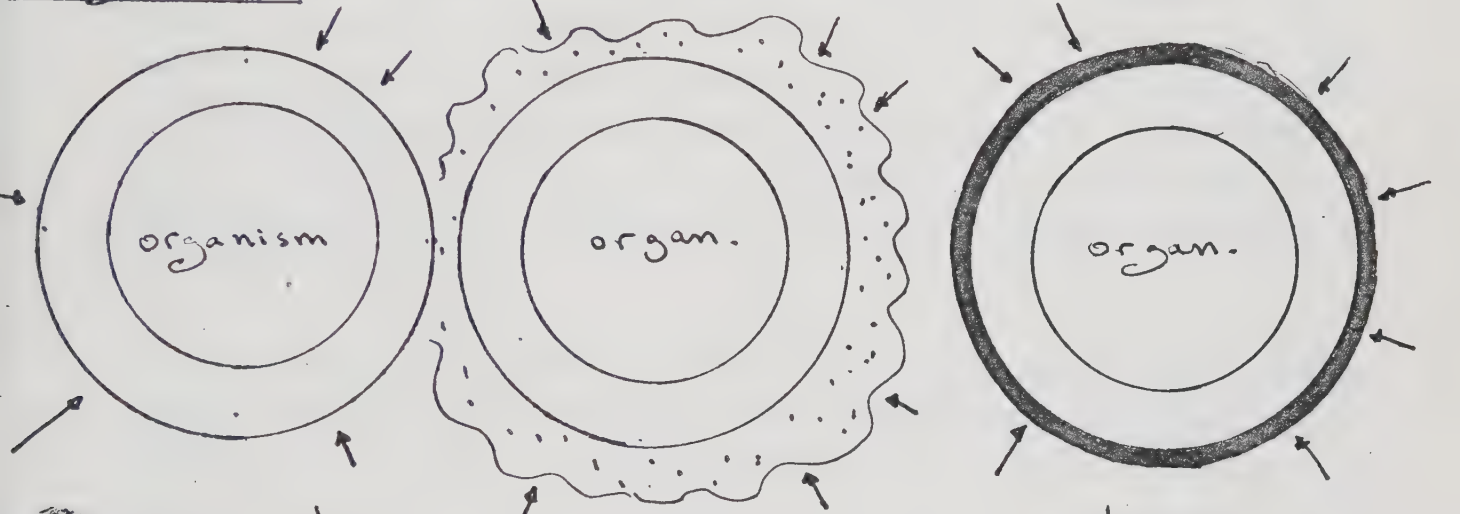
James Anthony.

Normal development.

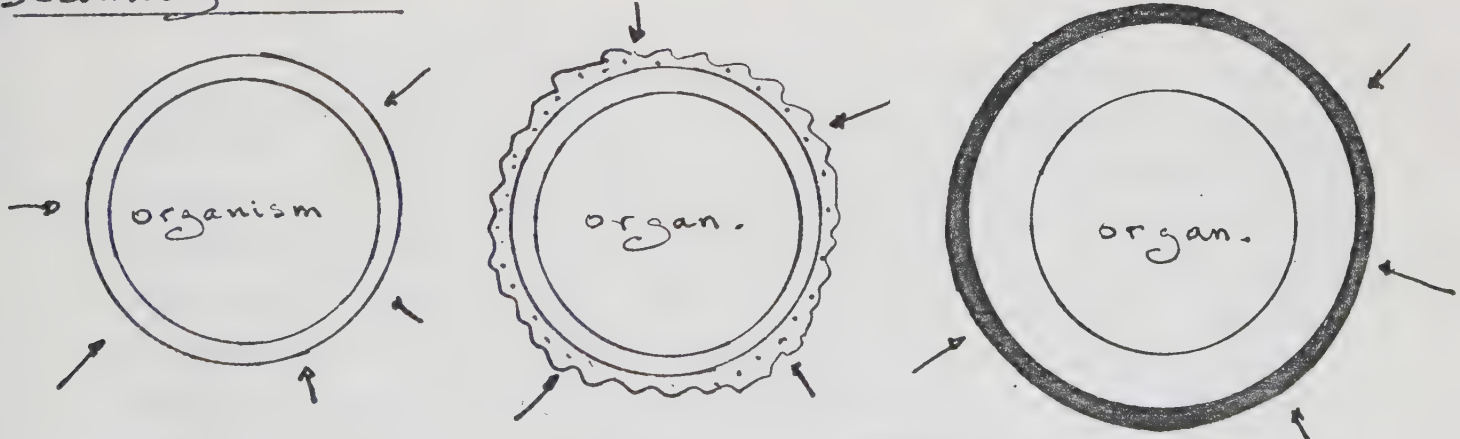
Perceptual bombardment
(extero-, proprio- and
interoceptive.)



Primary autism



Secondary autism.



Constitutional stimulus b.



Maternal stimulus barrier



Ego stimulus barrier



Psychotic stimulus b.

RIMLAND pour sa part soutient que l'origine de l'autisme se trouve dans une atteinte de la formation réticulée consécutive à l'hyperoxie. Son raisonnement par analogie avec les enfants présentant une cécité dans la petite enfance par fibroplasie rétrolentale ne convainc guère. Et BETTELHEIM s'insurge contre cette théorie neurologique : "Si, comme le suppose RIMLAND, la fonction d'éveil était chez eux anormale, on ne comprendrait pas pourquoi ils se ferment aux stimuli. C'est justement parce qu'ils peuvent être éveillés et ne désirent pas l'être qu'ils essayent de bloquer tous les stimuli...".

E. SCHOPLER explique le contexte de la déviation autistique en tenant compte de deux facteurs, tous les deux en rapport avec l'usage des récepteurs : "un nourrisson avec un déficit neurophysiologique comprenant un potentiel de stimulation bas, couplé avec une mère qui ne compense pas sa déficience par une stimulation adéquate des récepteurs proches au cours de la première année.

Pour E. M. ORNITZ et E. R. RITVO il y aurait une incapacité à maintenir la constance de la perception, les "percepts" identiques n'étant pas expérimentés comme étant les mêmes à chaque fois.

M. BEECKMANS-BALLE considère que le syndrome d'autisme infantile peut être compris en termes de troubles de l'intégration perceptive ou plus précisément en termes de modulation inadéquate de cette intégration. Aussi selon cette conception l'isolement autistique serait-il secondaire à l'incapacité d'appréhender les personnes comme un tout et à intégrer de manière satisfaisante les multiples stimuli provoqués par le contact social. L'absence de langage témoignerait de la dysfonction cognitive : mauvaise intégration des stimuli verbaux. Les comportements rituels, les jeux avec les objets mécaniques, le besoin de permanence de l'environnement seraient alors compris

dans le sens de la recherche de stimuli prédictibles et par là même non anxiogènes.

Le mode de relation s'effectue au travers de ce qu'on reçoit mais aussi de ce qui est donné ; donc des efférences. Pour PIAGET l'intelligence apparaît comme une adaptation qui assure l'équilibre entre les processus d'assimilation et d'accommodation, entre les actions de l'organisme et celles du milieu.

B. BETTELHEIM a vu beaucoup d'analogie entre la théorie de PIAGET et la sienne. Pour PIAGET un stade au cours duquel tous les événements ont été attribués à l'activité propre est nécessaire avant de parvenir à la conscience de soi. Mais l'enfant autistique n'attribue pas les événements à son activité propre parce qu'il se sent trop dominé par l'environnement pour croire qu'il puisse le modifier. "Comme l'enfant autistique évite l'activité propre et le changement, il ne peut pas dépasser un état dans lequel l'univers est centré autour d'une quel- que chose qui s'ignore lui-même en tant que sujet".

III - THEORIES PSYCHODYNAMIQUES

Même les psychogénéticiens ont pu considérer que le désordre psychotique répondait à un mode particulier d'organisation physiologique qui dans le cas de l'autisme entraîne une rupture des relations précoces. Ce modèle psycho-physiologique crée alors un mode particulier de vivre ou de répondre aux incitations extérieures et empêche le sujet de recevoir le "stimulus-aliment" nécessaire ou d'émettre les signaux indispensables à l'organisation de son système de relation.

Alors que Mélanie KLEIN admet une scission du Moi précoce qui lorsqu'elle est accentuée peut entraîner une désor-

ganisation des processus adaptatifs, par fixation aux phases psychotiques précoces. BETTELHEIM pose l'autisme comme réaction autonome de l'enfant dont la façon de vivre et l'expérience de la vie sont conditionnées par la mère. La cause du retrait autistique serait donc l'interprétation correcte par l'enfant des affectes négatifs de l'environnement et non comme certains kleinien l'ont pensé, la peur d'un monde rendu effrayant par la projection sur lui du soi agressif de l'enfant. BETTELHEIM considère l'autisme infantile comme un état mental se développant en réaction au sentiment de vivre une "situation extrême" et dénuée de tout espoir.

M. MAHLER appuie sa théorie sur l'importance de la mère comme "balise externe d'orientation", le développement du réel étant lié à la séparation graduelle d'avec la mère. La responsabilité des échecs de ce processus d'individualisation appartient aussi bien à la mère qu'à l'enfant, les éléments donnés à la naissance influençant considérablement le vécu du nourrisson, quelque soit la mère ; ces éléments, en retour, influençant également les sentiments et les attitudes de la mère. Nous voyons donc ici à nouveau les interactions entre la part d' "inné" et l'environnement. Dans l'autisme infantile pour M. MAHLER la mère en tant qu'elle représente le monde extérieur, ne semble pas du tout perçue par l'enfant, il n'y a donc pas cette "balise externe d'orientation" vers le monde de la réalité. L'enfant autistique ferait donc d'un mécanisme physiologique -la barrière hallucinatoire négative- un mécanisme pathologique ayant pour but de le protéger de tout heurt provenant du monde extérieur.

Pour d'autres auteurs le processus autistique est le résultat d'une défense et répond à une adaptation à une déficience du Moi inhérente ou acquise. Une pathologie totale des affects existerait de façon adaptative dans l'autisme, avec des hiérarchies d'incapacité à conceptualiser, exprimer ou même percevoir ou expérimenter l'affect en tant que partie d'un

manque de conscience de soi.

Abordons l'apport de J. LACAN et de son école.

Par la forclusion --le rejet du "NOM du Père"--l'enfant se trouve dans un registre unipolaire et fusionnel impropre à une implantation objectale satisfaisante, impropre également à un bon fonctionnement mental.

L'examen de l'origine de la forclusion du "Nom du Père" pour le sujet permet de réintroduire la fonction maternelle. C'est en effet "de la façon dont la mère s'accommode de la personne du père qu'il conviendrait de s'occuper, et du cas qu'elle fait de sa parole ... de son autorité..." (LACAN).

Le stade du miroir revêt pour LACAN un intérêt primordial. Cette phase se situe entre le 6ème et 18ème mois et marque, du point de vue de la structure du sujet, un moment génétique fondamental : la constitution de la première ébauche du Moi.

Aux rapports archaïques mère - enfant correspondant maintenant les rapports père - mère qui de 12 à 18 mois vont préformer l'Oedipe.

Ce stade de miroir ainsi compris est donc l'expérience d'une identification primordiale par la conquête d'une image, celle du corps propre, avant que le sujet ne s'engage dans la dialectique de l'identification à autrui par l'intermédiaire du langage.

Il s'avère donc que s'il y a forclusion et non structuration du sujet (au cours du stade du miroir) l'accès au langage ne puisse pas se faire.

Pour MANNONI, l'enfant exclu d'un accès à la relation triangulaire est voué à demeurer à la place de l'objet partiel sans pouvoir jamais assumer son unité et son identité propres ; nous percevons ici la place particulière tenue par le psychotique dans le champ du désir maternel, l'impossibilité où il se trouve d'être reconnu par l'Autre dans son statut de sujet dé-

la
sirant. L'issue symbolique est donc bloquée par toute puissance maternelle, intervenant dans le réel, au niveau du besoin.

L'exclusion de remaniements structuraux évolutifs chez l'enfant lui-même et les réductions de la psychose à "ce qui doit être décodé au niveau de l'inconscient maternel" conduisent en définitive à une théorie purement réactionnelle de la psychose, réduite à n'être que la réalisation d'un fantasme parental.

A ces théories psychanalytiques s'opposent les positions néo-béhavioristes, Fondées sur la théorie de l'apprentissage, elles sont décrites sous diverses étiquettes : théorie du renforcement, du conditionnement opérant, de l'apprentissage par essais et erreurs. O.I. LOVAAS considère que les diverses composantes du comportement - langage, coopération, compétition, lecture, écriture - répondent bien au paradigme de la théorie du renforcement. Il semble, en fait que certains béhavioristes, tout en agissant de manière pragmatique, ne rejettent pas complètement certains points de vue psychanalytiques.

IV - NOTION DE PATHOGENIE PARENTALE

Deux tendances s'opposent systématiquement :

- a - l'enfant psychotique est la "victime de l'impuissance maternelle" et la mère est "vide de manifestations spontanées de sentiments maternels".
- b - la mère est hors de cause et bouleversée étant donné qu'elle est impressionnée par les réactions atypiques et pathologiques de son enfant à des "attitudes maternelles et des routines quotidiennes parfaitement ordinaires".

Il nous est difficile d'accepter le type de parents monolithique décrit par KANNER et résumé par RIMLAND. Ce dernier postule ainsi que "les enfants frappés de ce désordre primaire qu'est l'autisme infantile précoce sont génétiquement prédisposés à l'autisme du fait d'une intelligence supérieure et innée". Pour KANNER un des dénominateurs communs des enfants autistiques est qu'ils proviennent de famille hautement intelligente (aussi dresse-t-il une liste des brillantes professions du père et aussi de la mère). Plus tard en présence d'EISENBERG il insistera plus sur la froideur émotionnelle de ces familles -ne considérant leur enfant qu'avec la rigueur scientifique-. Ils sont décrits comme froids, formels, introvertis, sans humour, détachés, d'une nature rigide et obsessionnelle.

En fait si nous trouvons une pathologie parentale, elle n'est jamais univoque et revêt des formes diverses qui vont de la surprotection anxieuse à la rejection massive que certains auteurs expliquent comme une attitude secondaire s'exprimant en fait le plus souvent par de la perplexité et une attitude profondément ambivalente devant la difficulté d'entrer en relation avec l'enfant.

A propos du niveau intellectuel des parents, BETTELHEIM fait une critique de l'opinion de KANNER : sur les 46 cas de son étude, il ne trouve que 11 parents très intelligents et 1 seul possédant une intelligence supérieure. Les études de VAN KREVELEN et de BOSCH vont dans le même sens. En fait l'explication provient de la qualité du recrutement des patients de KANNER, les couches sociales moyennes et supérieures et éduquées recourant de façon plus massive aux soins psychiatriques.

En fait dans l'approche des parents ce n'est pas leur personnalité apparente qui importe mais le mode de relation qui s'établit entre parents et enfant.

-- Pour S.K. ESCALONA la psychose autistique n'est pas directement provoquée par un déficit maternel ou par un déficit chez l'enfant. Elle est provoquée par l'absence de ces expériences vitales dans le début de l'enfance, qui sont considérées comme la condition nécessaire pour la synthèse du Moi.

Une investigation par le Rorschach des mères d'enfant autistique fut faite par E. BENE, venant corroborer une des hypothèses émise par ANTHONY : les mères d'enfant ayant un autisme primaire (précoce) sont moins fréquemment capable d'établir des relations sociales et émotionnelles que les mères d'enfant ayant un autisme secondaire.

Mais à nouveau nous insisterons sur le fait que ce n'est pas uniquement le comportement de la mère qui entre en jeu. De plus ce comportement stéréotypé n'entraîne pas forcément un autisme chez l'enfant, de même que la mère peut avoir une attitude adaptée et néanmoins avoir un enfant autistique. Ainsi le vécu inconscient de la mère (ou des parents) pèse beaucoup plus lourd sur l'évolution de l'enfant que leurs attitudes réelles.

A P P R O C H E T H E R A P E U T I Q U E

Aucun traitement spécifique de l'autisme infantile n'a été jusqu'alors employé. Nous retrouvons les mêmes querelles au niveau de cette approche thérapeutique qu'au niveau de l'étiopathogénie.

I - LES THERAPEUTIQUES DITES BIOLOGIQUES telles que l'électrochoc, l'insulinothérapie sont maintenant abandonnées. Bien que selon certains auteurs il y aurait eu des résultats favorables.

II - LA CHIMIOTHERAPIE à souvent une place de nos jours dans le traitement de l'autisme. L'emploi des phénothiazines, chlorpromazine ou lévomepromazine peut s'effectuer afin d'agir sur l'anxiété, l'agressivité et l'agitation dont la disparition permet une meilleure ouverture sociale. Pipérazine, dérivés du thioxanthène ou butyrophénones sont utilisés afin d'obtenir un effet anti-psychotique.

III - LES METHODES PSYCHOTHERAPIQUES sont divisées par N. DOPCHIE en deux chapitres : psychothérapies non-institutionnelles et institutionnelles.

Parmi les psychothérapies individuelles, nous retiendrons celles visant à une néo-relation structurante, les psychothérapies interprétatives et les psychothérapies des parents.

Au niveau des thérapeutiques institutionnelles les deux attitudes théoriques s'affrontent. Alors que BETTELHEIM exige la séparation de l'enfant et de sa famille afin de créer "un environnement favorable lui permettant de se passer d'une bonne partie de ses symptômes-défense- et d'établir une bonne relation privilégiée". D'autres, pensant à l'encontre de ce dernier que la relation mère-enfant mérite d'être sauvegardée, même si elle est préjudiciable à l'enfant, préconisent qu'il doit rester dans la famille et suivre un traitement dans un hôpital de jour.

Il nous apparaît surtout quelque soit le mode institutionnel que la première étape thérapeutique est d'établir un contact avec l'enfant, afin d'entrer dans son monde. Les premières relations se réalisent par une approche physique de l'enfant dans ses modalités tactiles, rythmiques, vocales et kinesthésiques.

A partir de cette thérapie en écho installée doucement, sans contrainte, l'enfant est susceptible d'évoluer du fait que l'environnement va devenir moins effrayant.

A un autre niveau une autre méthode est employée pour entrer en contact avec l'enfant autistique. Il s'agit des méthodes basées sur le conditionnement opérant : tentatives d'abolir les conduites d'évitement visuel par la récompense systématique de l'enfant chaque fois que son regard croise celui du thérapeute ; tentative d'élargir le champ visuel ; tentative d'obtenir la répétition d'un mot puis d'obtenir que l'enfant dise le mot en regardant l'objet etc... Dans cette technique tout échec est sanctionné par l'absence de récompense et toute réussite par la récompense. Mais l'extinction de ces apprentissages est extrêmement rapide.

BEECKMANS-BALLE pense que toute technique pédagogique ou toute modalité d'entrée en communication avec l'enfant autistique qui ne répondrait qu'à un des symptômes de l'affection ne pourrait certainement pas modifier l'évolution de l'enfant. Aussi préconise-t-elle une approche psycho-pédagogique plus globale qui tienne compte non seulement des difficultés perceptives, visuelles, auditives, proprioceptives mais également de l'organisation de la personnalité.

Pour L. WING il est important pour l'enfant autistique de lui répéter longtemps le même stimulus, dans la même situation de manière à ce qu'il devienne non anxiogène. Le stimulus recouvre pour elle principalement des situations éducatives. Dans les "écoles pour enfants autistiques" en

Angleterre tout est axé sur le rétablissement d'un comportement adapté à la société ; les parents ini ne sont pas mis en cause, il semble que l'on rééduque l'enfant selon ses possibilités.

Néanmoins la situation d'apprentissage optimale pour des enfants autistiques doit comporter à la fois une bonne structure externe pour qu'ils puissent acquérir de nouveaux modèles d'apprentissage, et une certaine liberté par rapport à cette structure afin qu'ils puissent mettre en pratique ces modèles après qu'ils les aient maîtrisés et intériorisés.

P R E S E N T A T I O N D E D E U X E N F A N T S
A U T I S T I Q U E S

DOMINIQUE S. "Domino"

Né le 9 février 1968

Père : employé dans un camp de munition
depuis 27 ans.

Mère : au foyer.

Fratric	: Arlette	21 ans, mariée
	Raymond	20 ans, service militaire
	Liliane	19 ans, mariée
	Maurice	17 ans, travaille
	Guy	15 ans, Ecole d'horticul- ture
	Carmen	11 ans
	Pascal	10 ans

La grossesse fut normale. Dominique n'était pas désiré (ligature des trompes peu après). L'accouchement s'est bien déroulé : pas de réanimation, aurait crié dès la naissance ; poids 3 Kg 600. Dominique fut nourri au biberon sans problème.

Vers 17 mois une axiliaire médicale le trouvant maigre et chétif propose une hospitalisation dans le service de Pédiatrie. Il y restera 2 mois. Cette hospitalisation semblerait avoir marqué le point de départ du comportement anormal de Dominique. Néanmoins avant l'hospitalisation sa mère avait remarqué qu'il s'intéressait moins à l'entourage que ses autres enfants. Il aurait été sans raison apparente moins affectueux et passif.

Lors de son hospitalisation aucun diagnostic ne fut porté. Le traitement médicamenteux (Dipiperon, Mérinax, Neuleptil) permit une disparition des cris et de l'agressivité mais ne modifia nullement son comportement de désintérêt. Au cours de cette hospitalisation en raison des difficultés de déplacement il n'eut que peu de visites de la part de sa famille.

Son comportement à cette époque est déjà évocateur de l'isolement autistique : Dominique chez lui passait la journée allongé par terre ou sur une couverture. Il aimait dormir au cours de la journée dans une vieille Dauphine qui se trouvait dans leur jardin.

Il n'y avait pas absence totale d'activité relationnelle. Car si Dominique ne recherchait pas ses parents, ses soeurs, en particulier Carmen pouvaient s'occuper de lui. Mais au bout de quelques minutes de jeu, il "s'ennervait", se mordait, criait et battait sa soeur.

Tout mouvement affectif d'un tiers (le prendre dans les bras et le caliner par exemple) semble rompre le cadre "immuable" qu'il s'impose, et déclenche ces épisodes de violence auto et hétéro-agressifs. Quand sa mère le prenait au lever pour le caliner, il frappait, il se mordait, se giflait.

Nous notons aussi des anomalies, avec toujours cette agressivité ludique tournée vers un tiers, dans le sommeil et l'alimentation.

Il ne dormait que très peu. La nuit il venait très souvent se glisser dans le lit de ses parents et alors il tirait les cheveux de son père, le bousculait, le frappait. (Il laissait sa mère tranquille). Le père par contre ne pouvait plus dormir. Sa réaction était passive, sans violence mais aussi sans affection envers l'enfant.

L'alimentation s'était avérée difficile. Il fallait que sa mère goûte avant lui ; apparition d'un certain rituel au niveau alimentaire qu'il développera encore un peu plus comme nous le verrons. Il refusait tout aliment si on le forçait, crachait et jetait ce qu'on lui présentait.

Au niveau du langage nous notons dès cette époque un retard important. Ainsi les seuls mots qu'il prononçait à 2 ans étaient "Papa" "Maman" "Armen" (Carmen) "Pacal" (Pascal).

En Aout 1973, Dominique est à nouveau hospitalisé en pédiatrie pour suspicion de surdité. Ceci témoigne à nouveau de son désintérêt vis-à-vis de l'environnement et de son manque de réaction vis-à-vis des stimuli divers.

En fait "l'audition semble normale ou plutôt il existerait une hyperacousie dont témoignent les réactions violentes de l'enfant à l'audition des jouets sonores ou des clochettes".

L'hospitalisation dans le service de Pédo-psychiatrie est alors proposée.

Lorsque Dominique est présenté par la famille nous nous rendons compte du caractère extrêmement labile de cet enfant. Pour les parents c'est un enfant très instable, hyperactif mais parfois apathique, ne dormant pas la nuit et se montrant agressif envers lui-même et envers son entourage. Il ne s'agit pas d'un rejet massif de la part des parents mais les problèmes de la vie familiale et de l'approche de la scolarité, les amènent à faire admettre Dominique dans le service.

Au début de l'hospitalisation, Dominique a 5 ans 1/2, son comportement ressemble à celui qu'il présentait chez ses parents.

Sur cette composante autistique de retrait -Dominique est retranché dans son monde -, passant la journée allongé dans son lit ou par terre, nous allons mettre en évidence tout un mode de stéréotypies et de rituels. Ainsi il saisit facilement les objets qu'on lui présente, mais les rejette et se bouche systématiquement les oreilles lors de leur chute. Dans le lit il est immobile ou balance la tête et chantonne quelquefois ; il est allongé souvent sur le côté, la tête reposant sur les bras.

Nous notons la même méfiance de Dominique au cours des repas qui exigent beaucoup de patience. Il n'accepte que peu la nourriture qui lui est proposée. Il ne prend guère ce qu'il a dans son assiette par contre il mange ce que l'infirmière vient de goûter ou ce qui se trouve dans l'assiette de cette dernière.

Nous remarquerons une autre rite alimentaire. -Lorsqu'on lui donne du chocolat ou des gâteaux secs, il en mange un peu, le jette puis au bout de quelques minutes va le rechercher, l'époussette du doigt, regrignotte et le jette à nouveau et ainsi de suite.

L'étude de la relation permet de mettre en évidence des perturbations. Ainsi d'emblée il ne va vers personne, il faut que l'on aille vers lui pour qu'il ait ébauche d'une relation, mais il y a un évitement intentionnel très fréquemment. Il en est de même au niveau du regard ; lorsque l'on s'approche de Dominique, il nous guette, mais aussitôt il regarde ailleurs et il ne nous regardera pratiquement plus.

Lorsque l'on fait intrusion dans son monde il réagit de façon différente ; soit par des petits rugissements, tout en mettant ses mains devant la bouche, comme pour se protéger de ce bruit ou le masquer, soit par une attitude auto et hétéro agressive, il se giffle, se mord, tape ou crie.

Le mutisme n'est pas complet, car il pousse des cris stridents, parfois aussi il "glousse" rarement il dit "Papa" "Maman". Mais de toute façon cette ébauche de langage peut avoir difficilement valeur de communication.

Depuis nous avons noté une nette évolution dans le comportement de Dominique.

Ainsi il y a une augmentation de son éveil, le contact est meilleur, il recherche les adultes et certains enfants du groupe : Pitou et Sylvie.

Il se met moins souvent en colère, et de plus ses colères paraissent plus appropriées et non plus retournées contre lui (ex. Quand un enfant lui prend un jouet il va lui tirer les cheveux) Dominique acquiert une autonomie, aussi commence-t-il à mettre son pantalon seul, il est coopérant lors de l'habillage et mange seul.

Au niveau du langage nous notons aussi quelques progrès surtout au niveau de sa qualité relationnelle. Il chante toujours mais augmente son vocabulaire, il doit ainsi "bonbon" "gateau" "fromage" "chocolat" "pain" "à boire" "j'ai soif" "j'ai peur" (à la balançoire). Il dit "non" mais pas "oui".

L'hyperacousie semble moindre, ainsi il ne se bouche plus les oreilles lors d'un bruit violent même dans la rue.

Il est toujours énurétique diurne et nocturne mais demande de temps en temps à aller aux toilettes mais est très opposant si on le force.

Dominique semble avoir acquis la notion du schéma corporel.

Il aime l'eau à condition de jouer seul ou avec PITOU dans le bain. Il redoute l'intervention de l'adulte. Il lave ses poupées.

Le jeu : il sait jouer seul ; voitures, anneaux, fait courrir des petits chevaux le long des murs, met des cailloux dans une bouteille ou charge de cailloux un camion. Tous ces jeux sont empreints de minutie et de douceur.

Il ne prend pas le ballon dans ses bras, et ne le rattrape pas lorsqu'on le lance. Mais il sait taper dedans.

Dans le dortoir un de ses jeux est de courrir d'une porte à l'autre et de se jeter sur les lits.

Donc bien qu'il semble y avoir reconnaissance de l'adulte et qu'un mode relationnel se soit ébauché, Dominique conserve actuellement une activité ludique relativement stéréotypée et ritualisée.

BILAN STOMATIQUE

- Age chronologique : 66 mois Age osseux : 72 mois
- Taille - 2 déviations standard
- Poids - 1,5 " "
- Fiche génitale : stade infantile
- Dysmorphisme : Déviation d'un orteil
 Hyperlordose lombaire
 aspect général : fluët, taille et poids insuffisants.
- Aucun contrôle sphincterien
- Digestif : très nombreux épisodes de diarrhée (Digestion
 insuffisante de l'amidon, léger parasitisme
 intestinal xylose : test normal)
 carie dentaire
- Respiratoire)
- Cardio vasculaire)
- Sanguin) pas d'anomalie.
- Glandulaire)
- Neurologique : Bon tonus. Force musculaire normale. Pas
 d'atrophie de segments. Préhension normale. Droitier.
 Marche : équilibre normale, pas d'oscillation pendu-
 laire. Latéralisation : mange avec la main droite et
 gauche. Se sert d'une cuillère mais pas d'une fourchette.
- Audition : satisfaisante.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- Amino Acide : pas d'anomalie.
- Cariotype Masculin : Normal
- E.E.G. : "Enregistrement pratiqué sous Melleril - Sédalande-Nembutal.
 "Le rythme de base est constitué par une activité
 "rapide subcontinue un peu irrégulière à 12-15 c/s
 "beaucoup plus ample en avant, associée à des élé-
 "ments lents polymorphes à 1,5 - 3 c/s à prédomi-
 "nance postérieure, prenant parfois l'aspect d'élé-
 "ments acérés très amples, surtout en montage ver-
 "tex.
 "L'hyperpnée n'a pas pu être pratiquée.
 "La SLI est sans effet.
 "Conclusion :
 "Tracé situé dans les limites d'une maturation
 "normale chez un sujet de cet âge. On notera ce-
 "pendant l'existence d'éléments amples et pointus
 "insuffisants cependant dans ce contexte pour évo-
 "quer une comitialité".

TRAITEMENT

Pipérazine : 1 matin, 1 soir ...
 Valium 2 : 1/2 matin, 1/2 midi, 1 le soir.

PIERRE-YVES C. " Pitou" (diminutif donné par la mère)

Né le 11 Mai 1967

Père : employé à la mairie (recul professionnel, était cadre chez Berliet en Algérie).

Mère : au foyer.

Madame C. est "pied noir", elle avait toujours vécu en algérie de même que ses parents -vie facile- Sa mère est rigide, distante, et désapprouva son mariage et rompit toute relation avec sa Fille à la naissance de Pitou. Mme C. n'est pas encore adaptée en France, manque de soleil, le peu de contact avec les gens s'est encore accentué après la naissance de Pitou.

Le père semble avoir beaucoup moins besoin des enfants que sa femme.

Fratricide : Michel 15 ans "psychotique à présentation de débile" passif très doux.

X 13 ans garçon : réussit tout ce qu'il fait.

Dominique 12 ans garçon : renfermé s'exprime peu, interroge ses parents sur la maladie de ses frères. Très attaché à sa mère. Pas de contact avec les camarades de classe.

A ST ANDRE

Pitou était toujours dans les bras d'un adulte homme avec une grande passivité. Sinon il était couché ou attaché. Il se montrait très agressif envers le personnel.

Dès lors le comportement de Pitou semble surtout inquiétant par cette recherche d'automutilation et cette attitude destructrice qui par leur réitération revêtent les caractères de stéréotypies ou de rituels.

Cette attitude d'opposition plonge Pitou dans un retrait important.

A ST MICHEL

L'isolement autistique à cette période est caricatural ; Pitou passant sa journée dans une grande boîte en carton. D'autre part cette situation mettait un frein à son hyperactivité destructrice, et c'est en faisant basculer cette boîte qu'il réussit à appréhender l'entourage sans pour autant qu'il y ait une catastrophe à chaque fois.

Cette attitude auto et hétéroagressive persista quelque temps. Ainsi Pitou se cogne très souvent la tête, recherchant d'ailleurs les endroits très aigus (activité à type d'autodestruction et surtout d'automutilation). S'il ne se cogne pas, il agresse les autres et surtout la personne qui le prend dans ses bras. Alors il pince le visage de celle-ci, mord, tire les cheveux, arrache les lunettes - ceci principalement à l'égard du personnel féminin.

Il apprécie d'ailleurs l'attitude d'opposition que l'on peut avoir à son égard ; si l'on répond par un pincement, il

semble content et pince encore plus fort. Alors qu'une attitude neutre, le rend mécontent et entraîne l'arrêt du pincement.

Nous retrouvons dans son comportement une série de stéréotypies et de rituels. Pitou est très attiré par les bouches d'aération, (chez lui il passait des journées devant celles-ci) au travers desquelles il regarde, écoute puis renifle. Une grille en hauteur sur la porte de la chaufferie est le lieu d'une grande demande de sa part afin d'être soulevé à bout de bras, afin de l'atteindre.

La relation avec les objets est bonne mais reste très primaire. Il entre en contact avec les objets d'une manière très spécifique, il les prend, les porte à son nez et les flaire parfois, les goûte puis se tapote le front avec. De plus si cet objet présente un trou, il y passe un doigt et ainsi avec un mouvement de flexion - extension il se tapote le front.

La relation avec l'adulte bien que difficile au départ put s'établir à travers des jeux. Il s'agit principalement de jeux corporels, soit le promener dans les bras, soit de lui faire "l'avion", soit de lui permettre de monter sur les épaules afin de décrocher tout ce qui se trouve à sa portée (je notais en outre une forte attirance pour les lampes suspendues au plafond). Lorsque l'on accède à son désir cela déclenche une agitation fébrile chez Pitou et il crit. Par contre si l'on refuse -par exemple de le faire accéder aux globes suspendus, il est pris d'une violence extrême très souvent retournée contre lui-même, il geint, se tape la tête par terre-. Ainsi cette réaction catastrophique semble répondre à un souci d'immuabilité dans son jeu qui une fois commencé doit être répété indéfiniment ; toutes les stéréotypies et les rituels permettent à l'enfant de s'affranchir un monde sans inconnue donc non anxiogène. Mais petit à

petit lors d'un refus et aussi dans d'autres circonstances il se cogne mais avec beaucoup moins de violence ; cela devient alors un mode relationnel (presque de chantage).

Un autre jeu s'est développé mettant en évidence la mutualité de la relation et le désir de répondre en écho ; c'est de taper nos paumes de mains ensemble, il l'accompagne alors ce jeu par des claquements de dents et est très content si je fais de même.

Au niveau de l'audition, nous notons certaines caractéristiques décrites chez les enfants autistiques. Il s'agit de ces bruits provoqués avec les doigts (en grattant ou en tapotant) ou de bruits produits avec la bouche. De plus une attitude à pratiquement disparu actuellement, c'est le bouchage des oreilles, car tout à coup qu'il y ait ou non des bruits violents à proximité, il mettait ses mains sur ses oreilles et criait de façon geignarde.

Son regard est devenu expressif, alors qu'auparavant l'on avait une impression de transparence d'autrui (il semblait regarder au delà du corps). Et il y avait un évitement total du regard face à face. Très souvent il "jettait" un regard sur le côté puis détournait les yeux.

Le langage est très pauvre aussi peut-on parler de mutisme. Il ne dit que "maman" "papa". De nouveaux bruits sont apparus néanmoins : oh - oh - eh- eh -, et il comprend les paroles qui lui sont adressées.

Actuellement, au niveau du jeu il n'a pas d'activité constructive. Ainsi il jette violemment les quilles par terre lorsqu'il joue avec celles-ci. Il joue dans le bain mais au préalable il met par terre tous les objets posés sur l'eau et joue alors exclusivement avec la pomme d'arro-

soir (activité stéréotypée de tapotement contre le visage ...).

De plus il présente maintenant une grande jalousie envers les autres enfants du groupe, désire très souvent une relation exclusive, - recherche d'une relation à deux fusionnelle. Néanmoins il semble qu'il y ait eu une ébauche de relation triangulaire avec un autre garçon et L. (L. et l'autre étant différenciés par Pitou). Dans le miroir il se reconnaît globalement et reconnaît l'autre - il sourit dans le miroir et prend plaisir à s'y reconnaître.

Donc bien que n'étant plus totalement dans son monde d'enfant autistique, Pitou présente encore de grandes déficiences tant au niveau du langage qu'au niveau comportemental.

BILAN SOMATIQUE

- Maturation (le 2 Mars 1973)

age osseux	64 mois	age réel	69 mois
age statural	65 mois		

- Fiche génitale : stade pubertaire de Tanner
Infantile
Pas de dysharmonie sexuelle

- Pas de dysmorphisme

- Neurologique : pas d'anomalie si ce n'est un strabisme
convergent de l'oeil gauche.

- Appareil digestif : épisode de diarrhée - lambliaose.
Digestion insuffisante des amidons
et des graisses. Augmentation des
fermentations. Parasitisme intesti-
nal assez développé.

- Respiratoire	}	pas d'anomalie
- Cardio Vasculaire		
- Sanguin		
- Endocrinien		

- Appareil urinaire : Incontinence diurne et nocturne.

-- Nous notons au point de vue statural actuellement une
modification. Alors qu'au début Pitou était vouté, et "courrait
comme un vieillard", maintenant il a un maintien du tronc plus
droit et il court de façon plus correcte.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

En Mai 1968 "enquête étiologique d'oligophrénie congénitale" : Négative.

- Absence de troubles des Amino Acides.
- Caryotype masculin normal.
- E.E.G. : "Examen pratiqué sous association Dro-leptan-Nembutal.
 "Le rythme de base est constitué par une
 "activité rapide diffuse continue à 14-16
 "c/s, prenant en avant l'aspect de rythmes
 "barbituriques, et associés à des fréquences
 "lentes irrégulières à 2-6 c/s, à prédominance temporo occipitale qui par moments prend un aspect rythmique hypersynchrone à 4 c/s à prédominance gauche.
 "On notera l'existence d'une surcharge électrocardiographique importante.
 "La SLI est sans action.
"Conclusion :
 " Tracé labile médiocrement organisé restant cependant dans les limites d'une
 "maturation normale".

TRAITEMENT

- Neuleptil : 3 gouttes le matin, le midi et le soir.
- Nozinan Embonate : 15 mg le soir.

Parmi les psychoses infantiles, l'autisme infantile précoce de KANNER, occupe une place particulière en raison de l'allure caractéristique de l'affection, surtout pendant les premières années de la vie de l'enfant dont le développement semble s'effectuer précocement sur un mode extrêmement pathologique.

Nous avons retrouvé dans l'étude des deux cas : PÉTOU et DOMINIQUE, cet isolement autistique, avec dans un premier temps une absence totale de toute activité relationnelle. Ce retrait ne nous semble pas immuable car nous percevons dans l'étude de ces deux cas une ébauche -parfois fragile- de relation ; Ebauche se situant au niveau de la disparition de certaine conduite d'évitement - du regard en particulier- et aussi dans la non persistance des réactions catastrophiques lors d'une intrusion dans leur monde qui semble vécue maintenant avec moins d'anxiété.

Un autre point concordant avec la description de KANNER est l'existence des comportements répétitifs et stéréotypés ainsi que la ritualisation parfois obsessionnelle, que nous retrouvons dans le jeu avec une "bonne relation avec les objets" et dans les rituels de l'alimentation.

Le quasi-mutisme ou la pauvreté extrême de leur langage, et leur affinité pour des registres que nous pourrions qualifier de musicaux se rapportent bien à ce qui fut décrit par l'ensemble des auteurs.

D'un point de vue somatique, aucune perturbation ne semble notoire tant en particulier sur le plan neurologique qu'au niveau de l'investigation paraclinique. Ce fait renforce cette notion d'intégrité que nous avons rencontrée dans la description générale - le bon potentiel cognitif n'a pas pu être décelé chez ces deux enfants et nous ne nous arrêterons

pas à leur "physionomie intelligente" (comme l'avait fait KANNER dans ses premiers écrits) pour pouvoir le confirmer - ce n'est sûrement que l'évolution qui en témoignera-.

Néanmoins malgré les progrès -minimes il est vrai - fait par PITOU et DOMINIQUE, tant sur le plan de la socialisation (avec ce meilleur contact avec autrui) que sur le plan des possibilités d'activités et d'appréhension de leur existence (par l'approche de leur corps) ce retard du langage à l'âge critique de 5 ans et demi ne peut nous rendre que faiblement optimiste quant à leur avenir.

KANNER a insisté sur la nécessité d'approfondir l'étude du seul syndrome spécifique de l'autisme infantile précoce. Aussi nous semble-t-il regrettable, de constater une trop grande extension de ^{ce} syndrome.

Aux Etat-Unis l'autisme infantile précoce est considéré comme la forme précoce de la schizophrénie infantile, alors que certains auteurs européens le considère comme un syndrome psychopathologique à part entière. Or l'expérience clinique et l'étude de nos deux observations permettent d'affirmer qu'il s'agit d'un tableau clinique spécifique ; avec incapacité pour l'enfant d'affronter normalement les personnes et les situations ; le désir compulsif de maintenir inchangé l'ambiance, la fascination par les objets inertes, les désordres caractéristiques du langage.

Cette spécificité doit donc nous engager dans une recherche à la fois des mécanismes biologiques, métaboliques, neurophysiologiques mais aussi psychogénétiques afin de déceler l'origine de cette difficulté ou refus de décodage des signaux.

La prévention précoce des psychoses infantiles est aussi un élément à considérer. Pour BERGERET les premiers

temps de cette prévention consiste à repérer les facteurs de psychotisation. Ces facteurs font pour lui partie du "trépied préalable indispensable à l'établissement précoce d'une structuration psychotique : déficit personnel + frustrations très précoces + toxicité maternelle importante prolongée".

De toute façon il ne faut en aucun cas culpabiliser les parents, car leur transmettre une mauvaise image d'eux-mêmes serait des plus néfaste à toutes relations ultérieures, autant parent-enfant que parents-médecins.

Mais que proposer à l'enfant afin qu'il puisse reprendre sa place tant au niveau familial, que scolaire et social ?

Si nous considérons l'expérience britannique ainsi que celle de certains hopitaux de jour parisiens, une part plus ou moins importante est attribuée aux méthodes pédagogiques - ayant pour but de permettre une certaine scolarisation-.

Mais à l'encontre des méthodes britanniques trop basées sur un mode de conditionnement, nous préconiserons plutôt des activités éducatives très variées en fonction des orientations personnelles, des possibilités et des goûts des enfants (dessin, peinture, modelage, menuiserie, bricolage, activité d'expression, danse, théâtre...).

La présence de rééducateurs (rices) de la psychomotricité, de l'écriture et d'orthophoniste peut s'avérer nécessaire dans le cadre institutionnel. Car même en dehors de l'appréciation et de la résolution des difficultés dites "instrumentales", la relation individuelle qui en découle, en raison de son caractère réel (non transférentiel), faisant souvent intervenir des médias techniques, présente un intérêt psychothérapique non négligeable.

Néanmoins une prise en charge psychothérapique nous semble indispensable, au niveau de l'enfant bien sur, mais surtout car elle facilite l'attitude d'écoute vis-à-vis des parents.

De toute façon cette équipe étant composée de personnes de formation très différente, disposant de langage professionnel ainsi que d'un mode de contact avec l'enfant particulier, il est indispensable à son fonctionnement que des modes de communication variés soient aménagés.

B I B L I O G R A P H I E

--
(comportant les ouvrages que
nous avons consultés).

- AJURIAGUERRA J. de. Manuel de Psychiatrie de l'Enfant
2ème édition Masson et Cie, Editeurs Chapitre XX
751 - 816
- ANTHONY E.J. An experimental approach to the psychopathology of childhood : Autism. Brit. J. Med. Psychol. 1958 a) vol. XXXI / 3-4, 211 - 225
- ANTHONY E.J. An etiological approach to the diagnosis of psychosis in childhood. Acta Paedopsychiat. 1958, b), 25 / 1-2, 89 - 96
- BENE - EVA A Rorchach investigation into the mothers of autistic children British J. Med. Psychol. 1958, a), Vol. XXXI / 3 - 4, 226 -227
- BEECKMANS-BALLE Le Syndrome d'autisme infantile Acta psychiat. Belg. 1973, 73, 537 - 555
- BETTELHEIM B. Childhood Schizophrenia : Schizophrenia as a réaction to extreme situation Amer. J. Orthopsychiat. 1955, 26, 507
- BETTELHEIM B. The Empty Fortress, 1967 Trad. fr. La Forteresse Vide Edit. Gallimard, Paris, 1969
- BETTELHEIM B. (d'après) L'autisme infantile et son traitement Semaine des hopitaux Informations 1967, n° 16 14-16
- BRITISH Med. J. Parents of psychotic children 18 Nov. 72, 4, 379 - 380
- DANEEL A.B. Early Childhood Autism. S. Afr. Med. J. 5 Jan. 74, 48 : 28 - 30
- DIATKINE R. et STEIN Les psychoses de l'enfance Evol. Psychiatrique. 1958, I, 277 - 322

- DOPCHIE N. Reflexions sur la théorie des psychoses
infantiles Acta psychiat. Belg. 1973, 73,
527 - 36
- DUCHE (D.J.), STORCK (H), TOMKIEWICZ (S) Les psychoses
infantiles Rapport du congrès de Psychiatrie
et de neurologie de langue française, Bruxelles
1969, Masson Edit. Paris, 69
- DUCHE D.J. Evolution des idées sur les psychoses
infantiles et l'autisme Revue du Prat. XX, 1970,
11 sept., 3449 - 3463
- EISENBERG et KANNER Early Infantile Autism Am. J.
Orthopsychiat. 1958, Vol 26 / 3, 556 - 566
- HARPER J. et al. Early environmental stress and
Infantile autism. Med. J. Aust. 9 Mar 74,
1 : 341 - 6
- HIMWICH H.E. et coll. A biochemical study of Early Infan-
tile Autism. J. Autism. Child. Schizophr.
1972, 2, 2, 114 - 126
- IVES L.A. Infantile Autism. Some comments on
aspect of differential diagnosis Br. J. Dissord.
Commun. Oct. 71, 6 : 157 - 60
- JASSAUD R. (N° 81) Contribution à l'approche linguistique
de l'autisme infantile Thèse Paris, 73 Cochin
Port-Royal
- KANNER L. Autistic disturbances of affective
contact.
- The Nervous Child 1943, 2, 217 - 250
- Acta psychiatrica 1968, Vol. 35, 100 - 136

- KANNER L. Autisme Infantile Précoc
J. of Ped. Sept. 1944, 25, 211 - 217
- KANNER L. L'autisme Infantile Child Psy-
chiatry Thomas Edit. Springfield III U.S.A.
1948, 716 - 720
- KANNER L. Problems of nosplogy and psychody-
namics of early infantile autism. American Journal
of orthopsychiatry. 1949, 19, 416 - 26
- KANNER L. History and Présent Status of Chilhood
schizophrenia in the U.S.A. Acta paedopsychiatria
1957-58, 24 / 25, 138 - 48
- KANNER L. The Spécificity of Early Infantile
Autism. Acta Paedopsychiatria 1957 - 58,
24 / 25, 108 - 13
- KANNER L. The Birth of Early Infantile Autism
J. Autism child Schizo. Ap. - Jun 73, 3 : 93 - 5
- KOLVIN I. Infantile Autism or Infantile Psychose
Brit. Med. J. 1972, n° 58-59, 753 - 755
- KOUPERNICK et EISENBERG Réflexions sur l'autisme infantile
Confrontation Psychiat. 1969, n° 3, 31 - 55
- KOUPERNICK L'Autisme Infantile Revue du Prat.
1970, 11 sept. XXX, n° 23, 3465 - 3476
- LANOUZIERE (J) LAINE (J) La relation d'objet chez l'enfant
autistique Psychiat. de l'enfant. fr. 1972,
15, n° 2, 287 - 398

- LOURENS P.J. Early infantile autism a critical
analysis Ala. J. Med. Sci. Jul. 73,
10 : 261 - 9
- LUTZ J. Vers la compréhension de l'autisme
infantile en tant que perturbation de la conscience
du moi, de l'activité du moi et de l'empreinte du moi.
Acta Paedopsychiat. 1968, Vol. 35, 161 - 77
- L'ABATE L. Early Infantile autism A reply to
ward Psychol Bull. Janv. 72, 77 : 49 - 51
- Wing L. Conférence "L'autisme précoce de
l'enfance" : Diagnostic et méthodes éducatives.
18 avril 1975 Paris
- MAHLER M.S. --On child psychosis and schizophrenia
autistic and symbiotic infantile psychoses Psychoanal.
St. Child 1952, 12, 286 - 305
- MISES Le concept de psychose chez l'enfant
Evol. Psychiatrique 1966, XXXI, IV, Oct-Déc.,
741 - 766
- MISES R. et MONIOT M. Les psychoses de l'enfant
E.M.C. Psychiatrie 1970, 37. 299, M. 29
- ORNITZ E.M. Childhood Autism A review of the
clinical and experimental literature Calif. Med.
Ap 73, 118 : 21 - 47
- RIMLAND On the objective diagnosis of infantile
Autism. Acta Paedopsychiatria 1968,
Vol. 35 , 146 - 176

- RIMLAND Infantile Autism. Appleton
Century Crofts, 1964, New York
- SCHACHTER M. Evolution et pronostic de l'autisme
infantile précoce Etude d'1 cas. Acta Paedo
psychiatrica 1968, 35, n° 4 - 8, 188 - 199
- SPITZ R.A. La première année de la vie de l'en-
fant. Genèse des premières relations objectales
Paris P.U.P. 1963, 152 p.
- TANGUAY P.E. A pediatrician's guide to the
recognition and initial management of early infantile
autism Pediatrics May. 73 , 51 : 903 - 10
- VOIZOT B. et CAROUX E. La prévention précoce des psychoses
infantiles Médecine infantile 81^e année,
n° 4, 1974, 352 - 65

"Par délibération de son conseil en date du 10 novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs".

